**令和３年度岩手県介護支援専門員 専門Ⅰ研修 （専門研修課程Ⅰ）受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  |  | 生年月日 | 昭和平成 | 　　年　　月　　日 |
| (姓) | (名) |
| 自宅電話番号 | （　　　　） | 必ず、この欄に介護支援専門員証のコピーを貼付してください。〇貼付前にご確認ください。有効期間満了日は**令和５年(平成35年)１月以降**ですか→いいえの方（令和4年12月までに期間満了する方）※専門研修ではなく、**更新研修**の受講対象者です。申込様式が異なります。フローチャートで今一度ご確認ください。 |
| 携帯電話番号 | （　　　　） |
| 自宅住所 | 〒 |
| 登録地 | □岩手県　□（　　　　　　都道府県） |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間満了日 | 令和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 現在の事業所（施設） | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 | (法人名) |
| (事業所・施設名) |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　） | FAX番号 | （　　　　） |
| 事業所区分 | □1居宅介護支援事業所　　　　　　　　　 　 □2地域包括支援センター　□3(介護予防)特定施設入居者生活介護　　　 　□4(介護予防)小規模多機能型居宅介護　□5(介護予防)認知症対応型共同生活介護　 　 □6地域密着型特定施設入居者生活介護　□7地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護　□8看護小規模多機能型居宅介護　　　　 　　　□9指定介護老人福祉施設 □10介護老人保健施設　 　　□11介護療養型医療施設　　　　　　　□12介護医療院 □13その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講要件の確認あてはまるものに☑を入れてください。 | 現在実務に就いている ※1（基準日令和3年4月1日現在（見込可）） | □はい　　　　　　 □いいえ |
| ケアマネジャーとして6か月以上実務に就いている（基準日令和3年4月1日現在（見込可）） | □はい　　　　　　□いいえ |
| 自分で作成した事例（ケアプラン）を提出できる※2 | □はい　　　　　　□いいえ |
| 介護支援専門員の実務経験期間※証の有効期間内に勤務している（した）事業所（施設）ごとに、介護支援専門員としての実務経験期間を記入してください。 |  事業所（施設）名 | 事業所区分(上記の番号) | 実務経験期間 | 通算期間 |
| ① |  |  | 年　　月 　 日～　　年　　月　　日 | 年　　 ヵ月　　　 |
| ② |  |  | 年　　月 　 日～　　年　　月　　日 |  年　　ヵ月 |
| ③ |  |  | 年　　月 　 日～　　年　　月　　日 |  年　　ヵ月 |
| ※事業所区分の欄には、上記事業所区分の番号を記入してください。 | 合計　　　　　　年　　　　 　ヶ月 |
| 身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合、内容を具体的に記入して下さい。 |  |
| 本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員専門研修課程Ⅰの受講を申し込みます。　　　　令和　　 年　　 月　 　日　　　　　　　　　　　　署名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※1　介護支援専門員の実務とは、介護支援専門員として就労し、居宅(施設)サービス計画等の作成を行うことです。産休・育休・病休等は期間に含みません。

※2　事例を用いた演習を行いますので、**事例（ケアプラン等）を提出できない方はこの研修を受講できません。**

※3　記載内容について問い合わせすることがあります。

※4　**実務経験等について虚偽の申請があった場合には、受講決定や修了認定の取り消しをすることがあります。**