令和３年度岩手県介護支援専門員 **更新研修（実務未経験者に対する更新研修）**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 | （　　　　） | 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。 |
| 携帯電話番号 | 　（　 ） |
| 自宅住所 | 〒 |
| 登録地 | □岩手県　□(　　　　 　都道府県） |
| 登録番号※１ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間満了日 | 令和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 現在勤務している事業所（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 | （　　　　） |
| ●今回更新する介護支援専門員証の有効期間中に、介護支援専門員の実務経験がありますか。※2 | □実務経験がない　　□実務経験がある↪実務経験期間　通算（　　　）年（　　　）ヵ月 |
| ●申込理由（受講申込の理由について、あてはまるものに☑または（ ）内に記入してください。 | □　1年以内に介護支援専門員として実務を行う予定がある↪( )月から　 事業所・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　介護支援専門員としての実務は行わないが、業務上、有効な証が必要となる　↪職種・業務内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　具体的な予定はないが、1年以内に介護支援専門員として実務を行う可能性がある□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●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、介護支援専門員更新研修（実務未経験者に対する更新研修）に申し込みます。令和　　 年　　 月　　 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※１　「介護支援専門員証」を紛失されるなど「登録番号」（８桁）が不明な方は、岩手県保健福祉部長寿社会課

（TEL：019-629-5441）に確認し記入してください。紛失した方は証のコピー貼付は不要です。

※２　介護支援専門員の実務経験とは、介護支援専門員として就労し、居宅（施設）サービス計画の作成等を行うことです。

　　　実務経験がある方は原則として「更新研修（専門研修Ⅰ・Ⅱと同内容）」を受講してください。不明な点がある場合は、研修事務局までお問い合わせください。