

申込様式2 (提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。)

令和5年度岩手県介護支援専門員 専門Ⅱ研修 受講申込書

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Ⅱの受講を申し込みます。

記入日 令和5年 月 日

フリガナ氏名							生年月日	昭和 平成	年 月 日		
介護支援専門員登録番号							※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。 【貼付前にご確認ください】 有効期間満了日は 令和7年1月以降 ですか →いいえ(令和6年12月までに期間満了)の方は、 更新研修 の受講対象者です。 申込様式が異なりますので、フローチャートで今一度ご確認ください。				
有効期間満了日	令和・平成 年 月 日										
主任資格	☐ なし ☐ あり(期限 年 月 日)										
登録地	☐ 岩手県 ☐ (都道府県)										
通算実務経験期間	年 か月										
自宅住所	〒										
自宅電話番号	()						携帯電話番号	()			
eラーニング登録メールアドレス	※ 正確に、読みやすい文字でお書きください。										
勤務先	事業所番号 ※ない場合は空欄							電話番号	()		
	法人名										
	事業所名										
	住所	〒									
	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 特定施設入居者生活介護 ☐ 4 小規模多機能型居宅介護 ☐ 5 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 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 ()									
介護支援専門員の実務経験※1 ※証の有効期間内の介護支援専門員の実務経験期間について、 新しいものから順に 記入してください。	事業所名					事業所区分 (上記の番号)	実務経験期間		通算期間		
	①							年 月 日～ 令和5年4月1日(見込)		年 か月	
	②							年 月 日～ 年 月 日		年 か月	
	③							年 月 日～ 年 月 日		年 か月	
	※現勤務先と同じ場合は「同上」とお書きください。						合計		年 か月		
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					
前回受講した研修	専門Ⅰ ・ 専門Ⅱ ・ 更新Ⅱ ・ 主任更新(修了日: 令和 年 月 日) → 修了証明書のコピーを必ず同封してください										
身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合は内容を具体的にご記入ください。											
【確認】今年度、他の岩手県介護支援専門員法定研修を受講しますか。						□しない □する(研修名: 専門Ⅰ ・ 主任)					

※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 専門研修受講者は、原則として最終組日程でご受講いただきます。
※4 記載内容について問い合わせすることがあります。
※5 **実務経験等について虚偽の記載があった場合には、受講決定や修了認定を取り消すことがあります。**