**令和５年度岩手県介護支援専門員 更新Ⅰ・更新Ⅱ研修（実務経験者初回更新） 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、介護支援専門員更新研修（専門研修課程Ⅰ・Ⅱと同内容）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６年(平成36年)１月～12月**ですか  →いいえ（令和７年１月以降に期間満了）の方は、**専門研修**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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ラーニング登録用メールアドレス | | ※　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～  　　年　　月　　日 | | | | | 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 | | 実務　・　未経験更新　・　再　　（修了日：　平成　・　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。※3 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 【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：　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　更新Ⅱ研修の受講組について、ご希望がある場合はこちらにご記入ください。ただし、必ずしもご希望に添えるとは限りません。

※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。**