

申込様式3-① (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 **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	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。**