

申込様式 3-② (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 **更新Ⅱ研修（実務経験者更新）** 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<br>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。<br><br>【貼付前にご確認ください】<br>有効期間満了日は<br><b>令和6年(平成36年)1月～12月</b> ですか<br>→いいえ（令和7年1月以降に期間満了）の方は、<br><b>専門研修</b> の受講対象者です。<br>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                                                                          |                          | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり(期限 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |                                                          |                                                                                                                                                                                      |        |                 |  |       |      |      |  |
| 登録地                                                                           |                          | <input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> ( 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<br>※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                    | <input type="checkbox"/> 1 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 3 特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 4 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 5 認知症対応型共同生活介護<br><input type="checkbox"/> 6 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 7 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 8 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 9 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 10 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 11 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 12 介護医療院 <input type="checkbox"/> 13 その他 ( ) |  |  |  |  |                                                          |                                                                                                                                                                                      |        |                 |  |       |      |      |  |
| 介護支援専門員の実務経験※1<br><br>※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、 <b>新しいものから順に</b> 記入してください。 | 事業所名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  | 事業所区分<br>(上記の番号)                                         |                                                                                                                                                                                      | 実務経験期間 |                 |  |       | 通算期間 |      |  |
|                                                                               | ①                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |                                                          |                                                                                                                                                                                      |        | 年 月 日～<br>年 月 日 |  |       |      | 年 か月 |  |
|                                                                               | ②                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |                                                          |                                                                                                                                                                                      |        | 年 月 日～<br>年 月 日 |  |       |      | 年 か月 |  |
|                                                                               | ③                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |                                                          |                                                                                                                                                                                      |        | 年 月 日～<br>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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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：平成・令和 年 月 日）<br>→ 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。                                              |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |                                                          | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 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 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。**