**令和****５年度岩手県介護支援専門員 更新（実務未経験者）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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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※１ |  |  |  |  |  |  |  |  | ※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、研修最終日以降ですか→いいえ（研修最終日より前）の方は、**再研修**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） |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※　番号がない場合は空欄 |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　 |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 【確認】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 | □実務経験がある　　　　　　□実務経験がない↪実務経験期間　通算（　　　）年（　　　）か月 |
| 【申込理由】受講申込の理由について、あてはまるものに☑及び（ ）内に記入してください。 | □１　１年以内に介護支援専門員として従事することが決まっている↪(　 　)月から　事業所名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□２　配置転換等で、１年以内に介護支援専門員として従事する可能性がある□３　介護支援専門員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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□４　機会があれば就業したい□５　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。 |  |

※1　「介護支援専門員証」を紛失されるなど「登録番号」(８桁)が分からない方は、岩手県保健福祉部長寿社会課（TEL：019-629-5435）に確認しご記入ください。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（実務経験者）研修」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。

※3　**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。**