**令和５年度岩手県介護支援専門員 再研修 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、介護支援専門員再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。  ※　証の交付を受けていない方、  紛失した方は貼付不要です。 | | | |
| 証の  交付 | | □受けている  　有効期間満了日　令和・平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □受けていない  　登録日　　　　　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 | | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【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。

※2　**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。**