**令和５年度岩手県介護支援専門員 実務研修【過年度合格者】 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、介護支援専門員実務研修に申し込みます。

記入日　令和５年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実務研修受講試験  合格年度 | | 平成　・　令和　　　　年度 | | | | | | | | | | | | 受験番号 | | | | |  | | | |
| ※　合格通知の写しを添付願います。  □　紛失した　←該当者はチェック☑を入れてください。 | | | |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | 生年  月日 | | | 昭和  平成 | 年　　月　　日 |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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 | 介護保険  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 | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | FAX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定している  ↪(　 　)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、資格が必要となる  ↪職種・業務内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □４　機会があれば介護支援専門員として就業したい  □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ください。 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

【提出先】　郵送またはメールでご提出ください。

郵　送：〒020-0015

盛岡市本町通三丁目19－1 ３階　(公財)いきいき岩手支援財団　研修課　実務研修担当　行

E-mail: [kenshu@silverz.or.jp](mailto:kenshu@silverz.or.jp)

※メールの場合は、件名に「令和５年度実務研修受講申込」とご入力ください。