

申込様式2 (提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。)

令和6年度岩手県介護支援専門員 専門Ⅱ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、介護支援専門員専門研修課程Ⅱの受講を申し込みます。

記入日 令和6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8年1月以降 ですか →いいえ(令和7年12月までに期間満了)の方は、 更新研修(申込様式3-②) の受講対象者です。		
有効期間満了日	令和・平成 年 月 日				
主任資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期限 年 月 日) →主任資格更新予定(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
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 ※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 <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 <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 <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 <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	事業所名 ※現勤務先と同じ場合は「同上」と記載		事業所区分 (上記の番号)	実務経験期間	通算期間
	①			年 月 日～ 令和6年4月1日(見込)	年 か月
	②			年 月 日～ 年 月 日	年 か月
	③			年 月 日～ 年 月 日	年 か月
				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	<input type="checkbox"/> 専門Ⅰ ・ <input type="checkbox"/> 専門Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 更新Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 主任更新 (修了日: 平成・令和 年 月 日) ※ 修了証明書のコピーを同封してください。				
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。					
【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: 専門Ⅰ ・ 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・病休等は期間に含まれません。
 ※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 専門研修受講者は、原則として最終組日程でご受講いただきます。
 ※4 記載内容について問い合わせることがあります。
 ※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。