

申込様式6 (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 **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※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、 <u>研修最終日</u> 以降ですか →いいえ(研修最終日より前)の方は、 再研修(申込様式7) の受講対象者です。		
有効期間満了日	令和・平成 年 月 日			
登録地	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> (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		<input type="checkbox"/> 実務経験がある <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 4 機会があれば就業したい <input type="checkbox"/> 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は内容を具体的にご記入ください。				

※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。