

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7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7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                                                    |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                          |          |
| 有効期間満了日                                                        | 令和 年 月 日                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                          |          |
| 主任資格                                                           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり(期限 年 月 日)<br>→ 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<br>※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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><br>*直近の実務経験期間(最低3年分)について、新しいものから順に記入してください。 | 事業所名<br>※現勤務先と同じ場合は「同上」と記載                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 事業所区分<br>(上記の番号) | 実務経験期間                                                   | 通算期間     |
|                                                                | ①                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | 年 月 日～<br>令和7年4月1日(見込)                                   | 年 か月     |
|                                                                | ②                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | 年 月 日～<br>年 月 日                                          | 年 か月     |
|                                                                | ③                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | 年 月 日～<br>年 月 日                                          | 年 か月     |
| 受講要件確認※2                                                       | 自分で作成した事例(ケアプラン)を提出できる                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  | <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 ・ 更新Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 主任更新 (修了日: 令和 年 月 日)<br>※ 修了証明書のコピー添付         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                          |          |
| 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。                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                                          |          |
| 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・病休等は期間に含みません。  
※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することがあります。  
※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。