**令和７年度岩手県介護支援専門員 更新Ⅰ・更新Ⅱ研修（実務経験者初回更新） 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（専門研修課程Ⅰ・Ⅱと同内容）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 |  |  |  |  |  |  |  |  | ※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～12月**ですか。→いいえ（令和９年１月以降に期間満了）の方は、**専門研修（申込様式１及び２）**の受講対象者です。受講研修について、フローチャートを今一度ご確認ください。 |
| 有効期間満了日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 登録地 | □岩手県　□（　　　　　　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 | □１居宅介護支援事業所　　　　　□２地域包括支援センター　　　　　□３特定施設入居者生活介護□４小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　　　　□５認知症対応型共同生活介護□６地域密着型特定施設入居者生活介護　　　　　　□７地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護□８看護小規模多機能型居宅介護　　　　　　□９介護老人福祉施設　　　　　　□10介護老人保健施設□11介護療養型医療施設　　　□12介護医療院　　　□13その他（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護支援専門員の実務経験※1※現在の証の**有効期間満了日からさかのぼって５年間**の実務経験期間について、**新しいものから順に**記入してください。 | 事業所名※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～　　年　　月　　日 | 年　　か月 |
| ② |  |  | 年　　月 　 日～　　年　　月　　日 | 年　　か月 |
| ③ |  |  | 年　　月 　 日～　　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 | □はい　　　　　□いいえ |
| 前回受講した研修 | □実務　・　□未経験更新　・　□再　（修了日：　令和　　年　　　月　　　日）※　修了証明書のコピー添付 |
| 【通信欄※3】身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合や、更新Ⅱ研修の受講組の希望がある場合等はご記入ください。 |  |
| 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。 | □しない　　□する(研修名：　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　受講組について、必ずしもご希望に添えるとは限りません。

※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。**