

申込様式 3-① (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 **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のご記入ください。													
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。**