

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7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※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。 ※ 専門員証を紛失した方は貼付不要です。 【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 年 月 日											
登録地		☐ 岩手県 ☐ （ 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										☐ 実務経験がある ☐ 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。										☐ 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（ ） ☐ 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 ☐ 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（ ） ☐ 4 資格保持のため ☐ 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。

※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、原則として実務経験者向けの更新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。**