**令和７年度岩手県介護支援専門員 再研修 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、介護支援専門員再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。※　専門員証の交付を受けていない方、紛失した方は貼付不要です。 |
| 証の交付 | □受けている　有効期間満了日　令和・平成　　年　　月　　日 |
| □受けていない　登録日　　　　　令和・平成　　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 | （　　　　） |
| 【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　**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。**