

## 令和7年度岩手県介護支援専門員 実務研修【過年度合格者】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、介護支援専門員実務研修に申し込みます。

記入日 令和7年 月 日

実務研修受講試験合 格 年 度	平成 ・ 令和 年度	受 験 番 号	※ 合格通知の写しを添付願います。 □ 紛失した ←該当者はチェック☑を入れてください。		
フ リ ガ ナ 氏 名			生年 月 日	昭和 平成	年 月 日
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	介 護 保 険 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。		<input type="checkbox"/> 1 1年以内に介護支援専門員として従事することが決定している。 ↳( )月から 事業所名( ) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 3 介護支援専門員の実務は行わないが、業務上、資格が必要となる。 ↳職種・業務内容( ) <input type="checkbox"/> 4 機会があれば介護支援専門員として就業したい。 <input type="checkbox"/> 5 その他( )			
【確認】 実習先等への移動手段について、現在の予定をご回答ください。 ※実習先選定の参考にします。		<input type="checkbox"/> 1 自家用車 <input type="checkbox"/> 2 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 3 その他( )			
【通信欄】 身体障がい等のため受講時の配慮を希望する場合、その他事務局への連絡事項がある場合は、内容を具体的に記載してください。					

【提出先】 合格通知の写しを添付し、郵送またはメールでご提出ください。

郵 送：〒020-0015

盛岡市本町通三丁目 19-1 3階 (公財)いきいき岩手支援財団 研修課 実務研修担当 行

E-mail: [kenshu@silverz.or.jp](mailto:kenshu@silverz.or.jp)

※メールの場合は、件名に「令和7年度実務研修受講申込」とご入力ください。