

更新 専門	受講番号	受付日
----------	------	-----

平成30年度 神奈川県介護支援専門員

専門研修課程Ⅰ・実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅰと同内容)受講申込書

1. 申込者(受講者本人)

申込者	フリガナ			性別	昭和		平成		年	月	日
	氏名	(姓)	(名)	男・女	生年月日						
	電話番号	① 自宅			② 携帯						
	日中の連絡先	自宅・携帯・勤務先 ← (最も連絡がとれる方法を選択して○をお願いします)									
	住所	〒 —									
現勤務先	事業所番号	1	4								
	事業所名										
	電話番号	TEL ()					FAX ()				
	住所	〒 —									
介護支援専門員登録番号							登録都道府県	都・道・府・県			
有効期間満了日	平成 年 月 日					※介護支援専門員証の写し(原寸)をこちらに貼付してください。					
資格	※介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格要件を下記の中から1つ選んで○をしてください。 ・1医師 ・2歯科医師 ・3薬剤師 ・4保健師 ・5助産師 ・6看護師 ・7准看護師 ・8理学療法士 ・9作業療法士 ・10あん摩マッサージ師 師匠師 ・11はり師 ・12きゅう師 ・13栄養士(含管理栄養士) ・14義肢装具士 ・15言語聴覚士 ・16歯科衛生士 ・17視能訓練士 ・18柔道整復士 ・19社会福祉士 ・20介護福祉士 ・21精神保健福祉士 ・22相談業務従事者 ・23介護業務従事者										

2. 更新について ※記号から1つ選択し○で囲んでください。

1	平成30年11月6日時点で、介護支援専門員証の有効期間満了日まで期間を右記ア・イ・ウから選択してください。	ア 1年未満 イ 1年以上1年半未満 ウ 1年半以上
2	介護支援専門員証の更新回数について、右記ア・イ・ウから選択してください。	ア 初めて イ 2回目 ウ 3回目以上

3. 実務経験について ※記号から1つ選択し○で囲んでください。

1	現在、介護支援専門員業務に <u>従事している</u> 方は、申込時点で介護支援専門員としての <u>通算の実務経験</u> 年数を右記ア・イ・ウより選択してください。	ア 半年未満 イ 半年以上3年未満 ウ 3年以上
2	現在、介護支援専門員業務に <u>従事していない</u> 方は、介護支援専門員として実務に就いた経験があるか。ある場合は、いつまで実務に従事していたか、ご記入ください。	ア 実務に就いた経験がない イ 平成 年 月まで従事

4. 研修受講状況 ※記号から1つ選択し○で囲んでください。

1	ア 前回、専門Ⅰ・更新(33時間又は56時間)研修を受講。 イ 前回、専門Ⅱ・更新(20時間または32時間)研修を受講。 ウ 前回、更新研修(実務未経験者向け44時間)を受講。↓ウに○を付けた方は、前々回受講された研修に○で囲んでください。 (A 未経験向け研修 B 専門Ⅰ・更新(専門Ⅰ同等) C 専門Ⅱ(更新専門Ⅱ同内容) D 再研修 E 実務未経験) エ 失効後、再研修を受講。 オ 更新したことがない。
2	1でア～エを選択された方にお伺いします。現在の有効期間内で専門Ⅰ・更新(33時間)研修を受講されましたか? ア 受講した(平成 年度修了・修了都道府県 都道府県) イ 受講中 ウ 受講していない

※1でア～エを 2でアを選択した方は、それぞれの修了証明書の写しを同封して下さい。

5. 研修の受講にあたり、何等かの配慮を希望される場合は、その理由と内容をご記入ください。

--