**平成３１年度　介護支援専門員更新研修受講申込書**

様式1

２ 更新

　　　　　　　　　　　　　　※この申込書に記入された個人情報は、本研修の運営管理のみに使用いたします。

１．項目の内容を十分に確認のうえ、全ての項目を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員証  番号（８桁） | |  |  |  |  |  |  |  | | | |  | | 介護支援専門員証の有効期間満了日 | | 平成 　　　年　　月　　日 | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 性　別 | | 男  ・  女 | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  | | | | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | （自宅） | |
| （携帯電話） | |
| 現　勤　務　先 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事 業 所  サービス区分 | 居宅介護支援事業所　・　小規模多機能型居宅介護　・　認知症対応型共同生活介護  介護老人福祉施設　・　介護老人保健施設　・　介護療養型医療施設　・地域包括支援センター  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | |
| FAX番号 | | |  | |
| 基礎資格 | | 医師 ・ 歯科医師 ・ 介護福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士　・　薬剤師  保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士　・　歯科衛生士  言語聴覚士 ・ 栄養士 ・ その他相談援助職等（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員  としての実務経験 | | 約　　　年　　　ケ月 （4/1現在） | | | | | | | | 介護支援専門員  としての就労状況 | | | | | 現任　・　非現任（申込時点） | | |

２．**直近の**介護支援専門員証の更新履歴について、該当するものに**○**をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | （１）今回が**初めての更新** |
|  | （２）**実務研修**（実務未経験者向け更新研修または再研修）を修了して更新した（平成　　　年度修了） |
|  | （３）**更新研修**（実務経験者向け）を修了して更新した（平成　　　年度修了） |

※修了年度が不明な場合は空欄のままご提出ください。

３．受講する研修課程に、ひとつ**○**をつけてください。

(3)更新研修

に該当する方

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講する課程 | 課　程 | 対　象　者 |
|  | **１　課程Ⅰのみ** | (1)初めての更新、または専門研修受講の方 |
|  | **２　課程Ⅰ及び、課程Ⅱ**（Ｃコース） | (1)初めての更新、または(2)実務研修を修了して更新した方 |
|  | **３　課程Ⅱのみ** | (3)**更新が２回目～**（または初めての更新で課程Ⅰを修了）**の方** |

**３　課程Ⅱのみ** を選択した場合は、**１～３の番号を希望順に◯で囲んでください。**

3課程Ⅱ

のみの方

|  |  |
| --- | --- |
| **希望順** | ｺｰｽ（実施機関） |
| **１・２・３**  (3)更新研修  に該当する方 | Ａコース（7月～9月）  (3)更新研修  に該当する方 |
| **１・２・３** | Ｂコース（7月～11月）　※初日はＡコースと合同です |
| **１・２・３**  3課程Ⅱ  のみの方 | Ｃコース（10月～12月）  3課程Ⅱ  のみの方 |

本研修は、自己実践事例の提出が受講要件となっています。（詳細は実施要領をご覧ください。）

自己実践事例の提出は可能ですか？　→　　　はい　／　いいえ　　（◯で囲んでください）