

介護支援専門員更新研修受講申込手続きの流れについて

①「鳥取県社会福祉協議会」のホームページ
(<http://www.tottori-wel.or.jp>)を開きます。

②ホームページを下に移動していただくと
右側に「介護支援専門員研修（ケアマネ研修）」
の表示が現れますのでクリックしてく
ださい。

※右図の赤丸表示部分

③「介護支援専門員更新
研修」をクリックしてく
ださい。

④「受講申込」をクリック
してください。受講申込
用の専用入力フォームに
移行します。
(次ページ参照)

介護支援専門員更新研修 受講申込

○申込する研修が間違いないか**研修名をご確認ください。**
 ○「必須」の記載がある項目は必ず入力が必要です。

以下の項目にご入力の上、「内容を確認する」ボタンを押してください。
 このフォームに入力された個人情報は本研修の運営管理にのみ使用します。

必須 介護支援専門員登録番号(8桁)	<input type="text"/>
必須 有効期間満了日	<input type="text" value="---"/> <input type="text" value="--"/> <input type="text" value="--"/>
必須 受講者氏名	<input type="text"/>
必須 ふりがな	<input type="text"/>
必須 生年月日	<input type="text" value="---"/> <input type="text" value="--"/> <input type="text" value="--"/>
必須 【現住所】郵便番号	<input type="text"/>
必須 【現住所】都道府県	<input type="text" value="----"/>
必須 【現住所】市区町村	<input type="text"/>
必須 【現住所】丁番	<input type="text"/>
【現住所】マンション名等	<input type="text"/>
【日中連絡先】自宅電話番号	<input type="text"/>
【日中連絡先】携帯電話番号	<input type="text"/>
必須 メールアドレス	<input type="text"/>
必須 【現勤務先】法人名	<input type="text"/>
必須 【現勤務先】事業所名	<input type="text"/>
必須 【現勤務先】事業所種別	<input type="text" value="----"/>
【現勤務先】事業所種別その他	<input type="text"/>
	前問「事業所種別」で「その他」を選択された方はご入力ください。
必須 【現勤務先】郵便番号	<input type="text"/>
必須 【現勤務先】都道府県	<input type="text" value="----"/>
必須 【現勤務先】市区町村	<input type="text"/>
必須 【現勤務先】丁番	<input type="text"/>
【現勤務先】マンション名等	<input type="text"/>
必須 【現勤務先】電話番号	<input type="text"/>
【現勤務先】FAX番号	<input type="text"/>
必須 基礎資格等	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他相談援助職等

名字と名前の間に1文字スペースを空けてご入力ください。

郵便番号は7桁連続で入力してください。(ハイフン不要) 入力すると「市区町村」部分まで自動で表示されます。

日中の連絡先はどちらか必ず入力してください。

住所入力と同様です。

基礎資格等その他	<input type="text"/>
	前問「基礎資格等」で「その他」を選択された方はご入力ください。
必須 介護支援専門員としての実務経験	約 年 ヶ月 (申込時点)
必須 介護支援専門員としての就労状況	----
必須 自己実践事例の提出は可能ですか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 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。)
必須 直近の介護支援専門員証の更新履歴	<input type="radio"/> (1) 今回が初めての更新 <input type="radio"/> (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 <input type="radio"/> (3) 更新研修(実務経験者向け)を修了して更新した
研修の終了年度	<input type="text"/>
	前問「直近の介護支援専門員証の更新履歴」で「(2)実務研修」または「(3)更新研修」を選択された方はご入力ください。不明な場合は空欄で構いません。
今回受講する研修課程	<input type="radio"/> (1) 課程Iのみ(対象:初めての更新、または専門研修受講の方) <input type="radio"/> (2) 課程I及び課程II(Cコース)(対象:初めての更新、または実務研修を修了して更新した方) <input type="radio"/> (3) 課程IIのみ(対象:更新が2回目～(または初めての更新で課程を修了)の方) 前々問「直近の介護支援専門員証の更新履歴」で「(3)更新研修」を選択された方はご回答ください。
【課程IIのコース】第1希望	<input type="radio"/> Aコース(7月～9月) <input type="radio"/> Bコース(7月～11月)※初日はAコースと合同です <input type="radio"/> Cコース(9月～12月) <input type="radio"/> Dコース(9月～1月)※初日はCコースと合同です。 前問「今回受講する研修課程」で「(3)課程IIのみ」を選択された方はご回答ください
【課程IIのコース】第2希望	<input type="radio"/> Aコース(7月～9月) <input type="radio"/> Bコース(7月～11月)※初日はAコースと合同です <input type="radio"/> Cコース(9月～12月) <input type="radio"/> Dコース(9月～1月)※初日はCコースと合同です。 前問「今回受講する研修課程」で「(3)課程IIのみ」を選択された方はご回答ください。
【課程IIのコース】第3希望	<input type="radio"/> Aコース(7月～9月) <input type="radio"/> Bコース(7月～11月)※初日はAコースと合同です <input type="radio"/> Cコース(9月～12月) <input type="radio"/> Dコース(9月～1月)※初日はCコースと合同です。 前問「今回受講する研修課程」で「(3)課程IIのみ」を選択された方はご回答ください。
備考	<input type="text"/>

必須項目としていませんが入力をお願いします。
ご不明な場合はお問い合わせください。

受講課程で(3)の「課程IIのみ」を選択された方は、第1希望から第3希望までコース選択をお願いします。

未入力の項目があります。

内容を確認する

全ての入力が終了しましたら「内容を確認する」をクリックしてください。
※入力漏れや入力ミス等がないか確認をしてください。

申込確認画面（参考例）

介護支援専門員更新研修 受講申込

この内容で送信します。

介護支援専門員登録番号(6桁)	99999999
有効期間満了日	2022年8月10日
受講者氏名	鳥取 太郎
ふりがな	とっとり たろう
生年月日	1995年11月16日
【現住所】郵便番号	6808570
【現住所】都道府県	鳥取県
【現住所】市区町村	鳥取市東町
【現住所】丁番	1丁目220番地
【現住所】マンション名等	
【日中連絡先】自宅電話番号	
【日中連絡先】携帯電話番号	
メールアドレス	tottori@wel.jp
【現勤務先】法人名	社会福祉法人〇〇〇会
【現勤務先】事業所名	×××地域包括支援センター
【現勤務先】事業所種別	地域包括支援センター
【現勤務先】事業所種別その他	
【現勤務先】郵便番号	6890201
【現勤務先】都道府県	鳥取県
【現勤務先】市区町村	鳥取市伏野
【現勤務先】丁番	1729-5
【現勤務先】マンション名等	
【現勤務先】電話番号	0857-59-6336
【現勤務先】FAX番号	0857-59-6341
基礎資格等	介護福祉士、社会福祉士
基礎資格等その他	
介護支援専門員としての実務経験	約7年3ヶ月(申込時点)
介護支援専門員としての就労状況	現任
自己実践事例の提出は可能ですか？	はい
直近の介護支援専門員証の更新履歴	(3) 更新研修(実務経験者向け)を修了して更新した
研修の終了年度	平成29年度
今回受講する研修課程	(3) 課程IIのみ(対象:更新が2回目～(または初めての更新で課程I修了)の方)
【課程IIのコース】第1希望	Dコース(9月～1月) ※初日はCコースと合同です。
【課程IIのコース】第2希望	Bコース(7月～11月) ※初日はAコースと合同です
【課程IIのコース】第3希望	Cコース(9月～12月)

入力内容を確認後、よろしければ「送信する」をクリックしてください。

なお、ご使用のPCの設定によっては、「戻る」を押下しても入力した内容が全てクリアになる場合がありますので、ご注意ください。