

令和2年度岩手県介護支援専門員 **更新研修(実務未経験者に対する更新研修)** 受講申込書

フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日
自宅電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		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。		
携帯電話番号	- -				
自宅住所	〒				
登録地	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> ( ) 都道府県)				
登録番号※1	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )				
有効期間満了日	平成 年 月 日				
事業所勤務(施設)	事業所番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			
	名称	(法人名) (事業所・施設名)			
	所在地	〒			
	電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		FAX番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
●今回更新する介護支援専門員証の有効期間中に、介護支援専門員の実務経験がありますか。 ※2			<input type="checkbox"/> 実務経験がない <input type="checkbox"/> 実務経験がある ♪実務経験期間 通算 ( ) 年 ( ) ヶ月		
●申込理由(受講申込の理由について、あてはまるものに☑または( )内に記入してください。			<input type="checkbox"/> 1年以内に介護支援専門員として実務を行う予定がある ♪( )月から 事業所・施設名 ( ) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員として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 ( ) <input type="checkbox"/> 具体的な予定はないが、1年以内に介護支援専門員として実務を行う可能性がある <input type="checkbox"/> 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、内容を具体的に記入して下さい。					
本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員更新研修(実務未経験者に対する更新研修)に申し込みます。 令和 年 月 日 署名 _____ 印					

※1 「介護支援専門員証」を紛失されるなど「登録番号」(8桁)が不明な方は、岩手県保健福祉部長寿社会課(TEL:019-629-5441)に確認し記入してください。紛失した方は証のコピー貼付は不要です。

※2 介護支援専門員の実務経験とは、介護支援専門員として就労し、居宅(施設)サービス計画の作成等を行うことです。実務経験がある方は原則として「更新研修(専門研修I・IIと同内容)」を受講してください。不明な点がある場合は、研修事務局までお問い合わせください。