**こちらの枠内に介護支援専門員証のコピーを**

**貼り付けてください。**

**令和６年度**

**介護支援専門員専門研修課程Ⅰ**

**《　受　講　申　込　書　》**

**申込日：令和６年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成  年　　　月　　　日 | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | |
| 自宅住所 | | | | | 〒  電話番号　　　　（　　　　）  ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス  ※携帯・スマホ不可 | | | | | ＠  ※「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」もフリガナをつけてください。 | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | | | | | 〒  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |
| 基礎資格  （該当するものに○をつける） | | | | | ア.薬剤師　 イ.保健師 　 ウ.看護師 　エ.准看護師 　 オ.理学療法士　 カ.作業療法士  キ.社会福祉士　 　ク.介護福祉士　 　ケ.社会福祉主事　 コ.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　 サ.歯科衛生士  シ.栄養士　 ス.精神保健福祉士 　セ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 種別 | | | | | 居宅 ・ 施設 ・ 包括支援センター | | | | | | 現在の状況 | | | 現任　・　非現任 | |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | | | | | | | | | | 登録地（都道府県） | 有効期限 | | | | 実務従事期間（通算） |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | 令和  　年　　月　　日 | | | | 年 　ヶ月 |

**過去の研修受講履歴**（受講履歴のある方は、修了証明書のコピーを添付すること）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 修了年度 | 研修名 | 修了年度 |
| 更新研修  （実務未経験者） | 年度 | 再研修 | 年度 |

**今年度の他研修の受講希望**

|  |  |
| --- | --- |
| **令和６年度**( 7～11月実施)介護支援専門員**専門研修課程Ⅱ**の受講希望 | 有　・　無 |
| **令和６年度**(９～12月予定)**主任**介護支援専門員**更新**研修の受講希望 | 有　・　無 |

上記に記載した内容は、事実と相違ありません。また、研修実施要領15オンライン研修受講上の注意事項について確認しました。

記載した個人情報を指定研修実施機関が介護支援専門員に関する各種研修業務に利用することについて、承諾します。

　　　　　氏名（自署）