

# 平成 31 (2019) 年度介護支援専門員専門研修課程Ⅱ 受講申込書

1. 申し込み必要事項

平成 31 (2019) 年      月      日

フリガナ			生年月日	昭和・平成	
氏名				年	月 日
			性別	男・女	
自宅住所	〒				
自宅電話	(      )		携帯電話	(      )	
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.ホムパ    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)※1		実務従事期間(通算)
					年      ヶ月
有効期限 ※2			希望コース		主任介護支援専門員研修受講履歴
平成      年      月      日			A・B・C (いずれかに○をつける)		未受講・受講済 (更新希望:有・無)

※1 登録地が栃木県以外の方で受講希望の方は、登録地の都道府県にて受講地変更の手続きが必要です。

※2 有効期限が、平成32(2019)年12月までの方は、次ページの『重要』の欄を必ず確認してください。

**署名欄**

上記に記載した内容は、事実と相違ありません。 また、記載した個人情報等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) _____ 印
---

裏面につづく

## 2. 介護支援専門員証コピー添付欄

ここに、介護支援専門員証のコピーを貼り付けてください。

※事務局使用欄  
全科目 ・ 科目受講  
初回 ・ 2回目

## 3. 研修受講履歴（修了証明書のコピーを添付し、「コピー添付」欄に✓をしてください）

研修名	修了年度	コピー添付	研修名	修了年度	コピー添付
専門研修課程Ⅰ	年度		更新研修（実務経験者）	年度	
専門研修課程Ⅱ	年度		更新研修（実務未経験者）	年度	
主任研修	年度		再研修	年度	

※平成 30(2018)年度の未修了科目のみを受講する場合は、平成 30(2018)年度の研修受講票の原本を添付する

申込期間 Aコース：平成 31(2019)年 7 月 1 日（月）～7 月 1 0 日（水）必着  
Bコース：平成 31(2019)年 8 月 1 日（木）～8 月 9 日（金）必着  
Cコース：平成 31(2019)年 9 月 9 日（月）～9 月 1 8 日（水）必着