受付ＮＯ（事務局記入）

**令和6年度　介護支援専門員**

**専門研修Ⅰ・（実務経験者）更新研修Ⅰ申込書**

　　枠内を記入または該当番号に○をつけてください。

* 修了証明書の発行に関係しますので**、楷書ではっきり**と漏れの無いように記入してください。

申込日　　　令和6年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性　　別　　　男　・　女　　生年月日　　　昭和・平成　　年　　月　　日　年　　齢　　　　　　　歳 |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 自宅（郵送先） | 自宅住所　〒ＴＥＬ（携帯も可） |
| 介護支援専門員登録証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 交付年月日 | 　　年　　　月　　日 | 登録地(都道府県) |  |
| 有効期間満了日 | 　　年　　　月　　日 |
| 直近に受けた介護支援専門員法定研修 | 　　　　年度　　実務研修・再研修・未経験者向け更新研修（受講地：茨城県・その他（　　　　　都道府県）） |
| 介護支援専門員としての実務状況（居宅介護支援事業所の管理者及び地域包括支援センターの主任ケアマネ含む） | どちらか〇で囲んでください・現在業務に従事している　　・現在は業務に従事していないが有効期間内に従事していた期間がある |
| 事業所名 | 勤務期間 |
|  | 　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
|  | 　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
|  | 　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 介護支援専門員として働いた期間 | 年　　　　ヶ月 |
| 勤務先 | 事業所名ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　FＡＸ |
| 基礎資格（重複回答可） | 1. 介護福祉士　②社会福祉士　③看護師　④准看護師　⑤保健師

⑥医師　⑦歯科医師　⑧理学療法士　⑨作業療法士　⑩言語聴覚士　⑪薬剤師　⑫管理栄養士　⑬歯科衛生士　⑭その他（　　　　　　） |
| 身体障害者等に対する特別措置の申請の有無 | 有　　・　　無（内容をお書き下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する班の選択（2～9日目）すべてのご記入のない場合は、事務局で班の選択致します。 | 「令和6年度介護支援専門員専門研修Ⅰ・更新研修Ⅰ　日程及び内容」を見て選択してください。 |
| 希望の演習班(A～E班) | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
|  |  |  |
| ※メールアドレスを登録しましたか？登録した場合は、右欄にチェックを入れてください。 | チェック欄 |

**＜介護支援専門員　専門研修Ⅰ・（実務経験者）更新研修Ⅰ研修＞**

**質　問　票**

**研修内容・申込について：FAX　０２９―２４３―６２６４**

**（一般社団法人茨城県介護支援専門員協会）**

**登録の現状、登録地の移転・受講地の変更等について**

**FAX　０２９―３０１―３３18**

**（茨城県保健医療部　健康推進課　地域包括ケア推進室）**

**質問内容**

**連絡先**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　(介護支援専門員番号：　　　　　　　　　)**

**事業所名**

**住所**

**(＊日中連絡がつく番号を記載願います。)**

**FAX　　　　　　　　　　　　　　　　TEL**

**メールアドレス**