**令和４年度　介護支援専門員【更新研修Ⅱ・再研修】受講申込書**

**※実務未経験者または実務に従事した期間が1カ月未満で、介護支援専門員証の有効期限が令和５年12月31日（特例処置後でなく本来の有効期間）までの者対象（更新研修Ⅱ）**

**※介護支援専門員証の有効期限が切れ、再度介護支援専門員証の交付を受けようとする者対象（再研修）**

**※上記以外の方は「令和４年　更新フローチャート」を確認してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講  申込者 | フリガナ  氏　　名 | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | |
|  | | | | | | | 昭和  平成 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
|  | | | | | | |
| 自宅住所（通知文等送付先）・電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 〒  （自宅）　　　　　　-　　　　　　　-　　　　　　　　　　　　　　（携帯電話）　　　　　　　-　　　　　　- | | | | | | | | | | | | |
| 介　護　支　援　専　門　員　証　記　載　事　項　等 | | | | | | | | | | | | |
| 登録地 | | 介護支援専門員証登録番号 | | | | | | | | | | 有効期間満了日 |
| 滋賀・その他（　　　　　） | |  |  |  |  |  | |  |  | |  | 平成　　　年　　　月　　　日  ※令和標記に直す必要はありません |
| 保有資格  〇をしてください | 社会福祉士　　介護福祉士　　薬剤師　　保健師　　看護師　　准看護師　　助産師  理学療法士　　作業療法士　　歯科衛生士　　言語聴覚士　　栄養士　　精神保健福祉士  ・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　**※**なし | | | | | | | | | | | |
| 現在  所属先 | 事業所名 | |  | | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 〒  TEL FAX | | | | | | | | | | |
| 種　別 | | | 特養　 老健　 療養型　　居宅介護支援　　通所介護 　通所リハ 　訪問介護  訪問看護 　特定施設　　ショート　 グループホーム　 小規模多機能　　病院関係  地域包括　　行政（市役所等）  　その他（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| **介護支援専門員としての就労の有無（予定含む）** | | | □　就労中　　　　　　　　□予定（R　　 年　 　月頃） | | | | | | | | | | |
| □　未定　　　　　　　　 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

↑　該当項目にレ点チェックしてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○証の有効期限内に実務経験がない（実務経験1カ月未満）者で、有効期限満了日の概ね1年前の者 | 更新研修Ⅱに申し込みます。 |  |
| ○有効期間満了者で、再度、証の交付を受ける者  ○登録から5年以上経過後、証の交付を受ける者 | 再研修に申し込みます。 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当する研修に〇を付けてください↑

※各コースの申込人数によってはご希望に沿えない場合もあります事、ご了承ください。

※詳細は「開催要領」７の受講決定をご覧ください。い。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望コース  （第1希望に○） | 平日コース | オンライン希望 | 休日コース |
|  |  |  |

平日コースオンライン希望者は〇をつけてください↑

|  |  |
| --- | --- |
| 通知等は個人住所宛への送付が基本ですが、現所属先への送付を希望する方は右欄に〇をしてください。 | 希望する |

※個人情報については滋賀県社会福祉協議会「個人情報の保護規定」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。