令和４年度　介護支援専門員　現任研修・更新研修Ⅰ　（専門課程Ⅰ）受講申込書

※実務経験があり、初回更新または前回更新時に「更新研修Ⅱ・再研修」受講で更新した方対象の研修です。

※開催予定（日程等）を必ず確認してから、本申込書をお書きください。

※「現任研修・更新研修Ⅰ　専門課程Ⅱ」と本研修をお間違えの無いよう十分ご注意ください。

※「介護支援専門員の更新フローチャート」も必ず確認してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講  申込者 | 氏　　名 | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | 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 |
| 滋賀県・その他( ) | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | 平成　　　 年　　　月　　　日  ※令和標記に直す必要はありません |
| 介護支援専門員としての従事期間  （現在所持の介護支援専門員証の有効期間開始日(満了日から5年前)から研修初日時点） | | | | | | | | | | | | 年　　　　　ヶ月 |
| 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 | | | | | | | | | | | |

〇を付けてください↓

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①現在実務に就いている。  ②証の有効期間内（研修初日時点）に6か月以上実務経験がある。 | 専門課程Ⅰ  現任研修に申し込みます。 |  |
| ①実務現任者で、証の有効期間内（研修初日時点）に実務経験が6ヶ月に満たないが令和5年（2023年）12月31日までに有効期間満了を迎える。  ②実務経験者（証の有効期間内に実務経験が1ヶ月以上ある。）で、令和5年（2023年）12月31日までに有効期間満了を迎える。 | 専門課程Ⅰ  更新研修Ⅰに申し込みます。 |  |

※希望コースが空欄の場合は当センターで決定させていただきます。

※希望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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望コース（A～C） | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 通知等は個人住所宛への送付が基本ですが、業務の都合上、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。