

主任介護支援専門員更新研修 受講申込書(D・Eコース用)

(平成 年 月 日記載)

(ふりがな)								
氏名						(印)	性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生							
自宅住所	〒 -							
勤務先名	(現在、勤務されていない方は、記入不要です)							
勤務先住所	〒 -							
事業所種別 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()							
連絡先 (日中連絡の取れる番号 に☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 自宅 - - <input type="checkbox"/> 携帯電話 - - <input type="checkbox"/> 勤務先 - -							
介護支援専門員登録番号 (県が発行した8桁の 番号)及び登録地								【登録都道府県名】
主任介護支援専門員研修 修了日	平成 年 月 日							
受講資格 (該当する欄に○を 入れてください)	① 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者							
	② 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外研修等に年6回以上参加した者							
	③ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演台発表等の経験がある者							
	④ 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー							
	⑤ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者							
当協会会員の有無	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員							

※ 必要な書類の添付がない場合や記載内容に不備がある場合は、受付できなくなる場合がありますので、再度ご確認の上お申し込みください。

受講希望コース ※受講可能なコース名のみご記入ください。 (D・E)	【第1希望】	【第2希望】
---	--------	--------

申込期間：平成29年8月21日(月)～平成29年9月8日(金) (当日消印有効)