

平成 30 年度 主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

(平成 年 月 日記入)

(ふりがな)		※捺印してください		
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)			
勤務先住所	〒 -			
事業所種別 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ( )			
連絡先 (書類不備等のお問い合わせの際、日中に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 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			
現在お持ちの 介護支援専門員証 有効期間満了日 (①②の該当する項目に ☑を入れてください)	平成 年 月 日 ①平成 27 年 4 月以降に介護支援専門員証の有効期間が切れたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 切れたことがある <input type="checkbox"/> 切れたことがない ②現在お持ちの介護支援専門員証を更新するための研修をすでに受講していますか？ <input type="checkbox"/> 受講している <input type="checkbox"/> 受講していない			
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の経験がある者			
	② 介護支援専門員に係る研修の講師やファシリテーターの経験がある者			
	③ 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			
	④ 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			
	⑤ 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			
	⑥ 介護支援専門員実務研修において、指導した実績がある者			
	⑦ 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			

受講希望コース	【第 1 希望】	【第 2 希望】	【第 3 希望】
※受講可能なコースを申込期間が同じコースよりご記入ください。			

【申込期間】 A・Bコース(神戸)：平成 30 年 2 月 26 日(月)～平成 30 年 3 月 19 日 (月) (必着)

Cコース(但馬)：平成 30 年 4 月 2 日(月)～平成 30 年 4 月 23 日 (月) (必着)

D・E・Fコース(神戸)：平成 30 年 7 月 17 日(火)～平成 30 年 8 月 7 日 (火) (必着)

※裏面の注意事項をご確認ください

### 【受講申込みについての注意事項】

- ※ 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、受付できない場合がありますので、再度ご確認の上、申込みください。
- ※ 必ず、氏名の後ろに捺印してください。捺印漏れがある場合、受付できない場合があります。
- ※ 平成27年4月以降に主任介護支援専門員研修を修了された方が、研修修了後に介護支援専門員の有効期間が切れた場合、主任介護支援専門員の資格が失効しますのでご注意ください。
- ※ 受講希望コースの欄には、申込期間が同じコースの中から受講可能なコースのみご記入ください。同じコースを複数記入されたり、受講不可能な日程のコースや申込期間外のコースは記入しないでください。
- ※ 申込期間以外のコースを記入された場合、未記入とみなしますのでご注意ください。