一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会

定員になり次第締切

第９回主任介護支援専門員研修受講申込書

(平成　　年　　月　　日記載)

(ふりがな)		性別	男　・　女
氏　　名	印		
生年月日	昭和　　年　　月　　日　生		
自宅住所	〒　　－		
自宅電話番号等	自宅	－　　－	FAX　－　　－
	携帯	－　　－	
勤務先名			
勤務先電話番号	－　　－		
当協会会員の有無	□正会員　　□賛助会員　　□非会員		
介護支援専門員登録番号 (県が発行した番号８桁)	□□□□□□□□		
添付書類	①、②ともに必須	①（　　）平成１８年度以降の介護支援専門員専門研修課程Ⅰ もしくは（　　）更新研修Ａ（前期） （　　）平成１５～１７年度の介護支援専門員現任研修一般課程Ⅰ （　　）平成１５～１７年度の介護支援専門員現任研修一般課程Ⅱ 注：現任研修（専門課程）と平成１４年度以前の研修は対象外 ②（　　）平成１８年度以降の介護支援専門員専門研修課程Ⅱ もしくは（　　）更新研修Ａ（後期）	
	③～⑤の何れか	③（　　）専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間が通算して５年（６０か月）以上である者（書類確認期間　　年　　月間） （ただし、管理者との兼務は期間として算定できる） ④（　　）『ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について』（平成１４年４月２４日老発第０４２４００３号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者）または、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であって専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間が通算して３年（３６か月）以上である者（ただし管理者との兼務は期間として算定できる。） ⑤（　　）「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に兵庫県内の地域包括支援センターに配置されている者 ※　従事期間については職歴証明日現在で算定して下さい	

※　介護支援専門員登録番号（都道府県庁へ登録した番号、兵庫県で初回登録された場合は、２８から始まる８桁の数字）

※　添付いただく書類の（　　）に〇をご記載ください。

※　必要な書類が添付されていなかったり、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注意してください。

希望コース (A・B・C でご記入ください)	第１希望	第２希望	第３希望
	コース	コース	コース

※コースは受講申込者数によってはご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。