

平成29年度神奈川県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

平成 年 月 日現在

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|------------------|------------|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | 年 月 日 (歳) | | |
| 介護支援専門 員の登録 | 登録番 号(8桁) | | | | | | | 登録 都道府県 | | | |
| 介護支援専門員証 有効期間満了日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 主任介護支援専 門員研修修了日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 現 住 所 | 〒 — TEL () FAX () | | | | | | | | | | |
| 勤 務 先 (現在勤務していない方 は記載不用です) | 事業所 名 | | | | | | | | | | |
| | | (事業所番号) | | | | | | | | | |
| | 種別 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 — TEL () FAX () | | | | | | | | | |
| | 職名 | <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員として配置 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
| 特定事業所加算の 届出について | <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> していない | | | | | | | | | | |
| 受講要件 いずれかに○をつ けて下さい | ア 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 イ 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者 ウ 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、演題発表等の経験がある者 エ 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 オ 専門学校や大学で、教員として医療・介護・福祉の分野において教育にあっている者 | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 実務研修受講試験 受験時の資格要件 (いずれかに○をつ けてください) | 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッ サージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士(含管理栄養士) 精神保健福祉士 相談援助業務従事者(社会福祉主事) 介護等業務従事者(訪問介護員) | | | | | | | | | | |
| 研修当日の 連絡先 (必ず記載して 下さい。) | ※携帯電話のE-mailアドレスをご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| | E-mailアドレス： 携帯電話番号： | | | | | | | | | | |

〈個人情報の取り扱いについて〉

- ・神奈川県が知り得た住所、電話番号等の個人情報は、当該研修業務の運営の範囲内で適正に取り扱います。
- ・介護支援専門員登録事項の変更(住所・氏名)があった方は、速やかに変更の手続きをお願いします。