

令和3年度神奈川県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

申込日	令和3年 月 日	
フリガナ		
氏名	生年月日	昭和・平成 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・令和 年 月 日	※介護支援専門員証をご確認の上ご記入ください。資格を喪失しない取り扱い期間の終期ではありません。
主任介護支援専門員有効期間満了日	平成・令和 年 月 日	※修了証明書及び募集要項の有効期間満了日説明箇所をご確認の上ご記入ください。資格を喪失しない取り扱い期間の終期ではありません。
主任介護支援専門員研修または主任介護支援専門員更新研修修了日	平成・令和 年 月 日	※修了証明書をご確認の上ご記入ください。2回目の受講の方は主任更新研修の修了日をご記入ください。
住所	〒 _____ 携帯番号 () TEL ()	
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	(10桁)
	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"/> 介護療養型医療施設 <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"/> 介護支援専門員 (主任介護支援専門員含む) <input type="checkbox"/> その他 (職種)
	配置状況(該当するものにレ点を)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配置 <input type="checkbox"/> 特定事業所加算届出事業所に主任介護支援専門員として配置 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所に管理者として配置
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 神奈川県介護支援専門員実務研修の科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」において、研修受講者を受入れ、実習指導者として受講者の指導をした実績がある者。 オ 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 カ 専門学校や大学で、教員として現に医療・介護・福祉の分野において教育にあたっている者	
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)	
希望コース 日程表をご確認のうえご希望のコースにレ点を付けてください	<input type="checkbox"/> Aコース (オンライン) <input type="checkbox"/> Bコース (会場)	※Bコース (会場) を希望した方のみ、希望理由をご記入下さい。(理由)
メールアドレス	@	
メールアドレスのフリガナ	(フリガナ)	
※0 (ゼロ)、1 (イチ)、2 (ニ)、- (ハイフン)、_ (アンダーバー)、. (ドット)、/ (スラッシュ)、a (エー)、b (ビー)、c (シー) 等分かるようアルファベット、数字、記号のフリガナをご記入ください。 ※オンライン受講で使用する機器で受信できるメールアドレスをご記入ください。 ※会場コースを希望される方もご記入ください。		

〈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) があつた方は、速やかに変更の手続きをお願いします。