

令和2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2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	
主任介護支援専門員有効期間満了日	平成・令和 年 月 日	
主任介護支援専門員研修修了日	平成・令和 年 月 日	※直近に修了した研修の修了日を記載して下さい。
主任介護支援専門員更新研修修了日	平成・令和 年 月 日	
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)	
希望コース 日程表をご確認のうえご記入下さい	コース	

〈個人情報取り扱いについて〉

- ・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。