

令和5年度神奈川県主任介護支援専門員更新研修（後期）受講申込書

申込日	令和5年10月 日		※申込書をご記入いただいた日をお書きください	
フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
氏名				
介護支援専門員登録番号	(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。
主任介護支援専門員有効期間満了日	平成・令和	年	月	日 ※修了証明書の有効期間満了日をご確認の上ご記入ください。
主任研修または主任更新研修修了日	平成・令和	年	月	日 ※修了証明書の日付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"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	所在地	〒 - TEL () FAX ()		
	従事状況 (該当するものにレ点を)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員（主任介護支援専門員含む）として従事 <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従事 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所に管理者として従事 <input type="checkbox"/> 特定事業所加算事業所に主任介護支援専門員として従事 <input type="checkbox"/> その他 職種 ()		
受講要件 いずれかに☑ チェックをいれて 下さい	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、研修受講者を受け入れ、実習指導者として受講者の指導をした実績がある者。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> カ 専門学校や大学で、現に教員として医療・介護・福祉の分野において教育にあたっている者			
保有資格 (該当するものに☑チェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 相談援助業務従事者 (社会福祉主事) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 介護等業務従事者 (訪問介護員) <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ご希望のコースに☑ チェックを付けてください	<input type="checkbox"/> Aコース (オンライン) ※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。 <input type="checkbox"/> Bコース (会場) (理由)			
事前説明会参加日程に☑ チェックしてください	<input type="checkbox"/> 1月4日 (木) 14時~15時 ※Aコース (オンライン) を希望された方のみ回答してください <input type="checkbox"/> 1月5日 (金) 19時~20時			
メールアドレス	※Bコース (会場) 受講希望の方もご記入ください @			
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。				

〈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。