

令和7年度神奈川県主任介護支援専門員更新研修（前期）受講申込書

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。							
住 所	〒 ー															
	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	☐ 居宅介護支援 ☐ 介護老人保健施設 ☐ グループホーム ☐ 地域包括支援センター ☐ 特定施設 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ その他 （ ）														
	所在地	〒 ー TEL （ ） FAX （ ）														
	従事状況 （該当する ものにレ点 を）	☐ 介護支援専門員（主任介護支援専門員含む）として従事 ☐ 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 ☐ 居宅介護支援事業所に管理者として従事 ☐ 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 ☐ その他 職種 （ ）														
日中の連絡先に☑を入れてください ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先																
緊急連絡先 （任意）	TEL	（ ）								ご記入できる方のみお願いします。 主催者が研修中、緊急時と判断した場合に連 絡することがございます。						
	氏名															
	続柄・関係															
受講要件 いずれかに☑ チェックをいれて 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等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、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。）	☐ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 相談援助業務従事者（社会福祉主事） ☐ 看護師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 介護等業務従事者（訪問介護員） ☐ 准看護師 ☐ その他 （ ）															
ご希望のコースに☑ チェックを付けてくだ さい	☐ Aコース（Zoom） ※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） ☐ Bコース（会場）															
事前説明会参加日程に ☑チェックしてくださ い	☐ 8月25日（月）14時00分～15時30分 ※Bコース（会場）受講希望の方も事前説明会の 参加は必須です。 ☐ 8月27日（水）14時00分～15時30分															
メールアドレス	※Bコース（会場）受講希望の方もメールアドレスの回答は必須です。 @															
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）、o（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。																