

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	〒 —												
	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	〒 — 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。 ☐ 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	☐ 1月6日（火）14時00分～15時00分 ※Aコース（Z o o m）を希望された方のみ回答 ☐ 1月7日（水）14時00分～15時00分 してください。												
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）、-（ハイフン）、_（アンダーバー）、.（ドット）、a（エー）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。

※各項目について、記載漏れがないようご注意ください。緊急連絡先、Bコース希望の方の説明会参加日程以外を除き、その他の項目は必須です。