

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											※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											※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 (該当する ものにシ 点を)	<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 ものにシ 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 ()											
日中の連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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											
	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> チェックを付けてくだ さい	<input type="checkbox"/>	Aコース (Zoom)											
	<input type="checkbox"/>	Bコース (会場)											
メールアドレス	※A・Bいずれのコースを希望される場合も、メールアドレスのご回答は必須となります。 @												
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。													
【備考欄】障がいまたは健康上の理由により受講時に配慮が必要な方はその内容を記入してください。(任意)													

※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、備考欄の項目以外は必須です。