

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	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	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 （該当する ものにレ点 を）	☐ 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）												
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）													