

I. 申込者(受講希望者本人)

平成 年 月 日

申込者	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日			
	氏名	(姓)	(名)					
	自宅 TEL	()			携帯電話番号			
	住所	〒						
現勤務先	事業所番号	1					ケアネット OHMY 会員番号	
	事業所名					所属事業所の種別	居宅・小規模多機能・地域包括・特養・老健・病院・有料・GH・その他	
	所在地	〒						
	電話番号	TEL ()			FAX ()			
※電話番号は、申込内容確認等のため、確実に連絡のとれる番号(屋間連絡先)をご記入ください。								
介護支援専門員登録番号						登録都道府県	神奈川県 ・ 都・道・府・県	
※介護支援専門員証のコピーを同封してください								
有効期間満了日	平成 年 月 日			基礎資格				

II. 実務経験について ※該当するもの(A~D)を○で囲んでください。

現在、介護支援専門員業務に 従事している場合 ⇒ 申し込み時点 での 通算 の実務経験年数を A~C から選択	A. 半年未満 B. 半年以上3年未満 C. 3年以上
現在、介護支援専門員業務に 従事していない場合 ⇒ いつまで業務に従事していたかを記入	D. 平成 年 月 まで従事

III. 更新の有無 ※該当する番号(1~4)および(A~C)を○で囲んでください。

今まで介護支援専門員証の更新をしたことがありますか？

- 更新したことがあり、前回は「専門研修課程Ⅰ・Ⅱ」、または、「更新研修(実務経験者)33時間・20時間」を受講した。
- 更新したことがあり、前回は「更新研修(実務未経験者)44時間」を受講した。
- 失効後、再研修を受講した。
- まだ一度も更新したことがない。

2~4 を選択された方へ
現在の専門員証有効期間内で「専門研修課程Ⅰ」または「更新研修実務経験者(33時間)」を受講しましたか？

A. 受講済み(平成 年 月 日修了) **B.** 受講中 **C.** 未受講

※1、2、3、A を選択した方は、それぞれの修了証のコピーを同封してください。

IV. 演習の際、事例提出があります。担当されている(されていた)のはどちらですか？ ○で囲んでください。

1. 居宅型	2. 施設型
--------	--------

V. 障害等のために配慮を希望される場合はご記入ください。

【個人情報について】神奈川県介護支援専門員専門・更新研修の「受講申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、当該研修及び修了証明書交付業務に利用する他、研修受講決定の調整に必要な場合は、神奈川県指定の研修実施機関に受講申込者情報の一部を提供することがあります。また、本研修修了後には、修了者名簿に記載し、神奈川県へ報告いたします。なお、お送りいただいた申込書の返却はいたしませんので、予めご了承ください。