

どちらかに○をつけて下さい。

実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅱと同内容)

1. 申込者(受講希望者本人)

申込者	フリガナ	チイキ									
	氏名	鎌倉					地域				
	自宅TEL	0467-〇〇-〇〇〇〇									
	住所	鎌倉市〇〇〇〇〇〇									
現勤務先	事業所番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	事業所名	かまくら〇〇〇〇									
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 鎌倉市									
	電話番号	TEL 0467-〇〇-〇〇〇〇					FAX 0467-〇〇-〇〇〇〇				
※電話番号については、申込内容確認のため、確実に連絡の取れる番号(昼間連絡先)をご記入ください。											
介護支援専門員登録番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	登録都道府県	〇〇
※介護支援専門員証の写しを必ず添付してください。											
有効期間満了日	(西暦) 〇〇年 〇月 〇日	更新	初めて	・2回目以降	どちらかに○印						

記入例

2. 介護支援専門員実務研修受講試験を受験

初めて更新する方は、4番の項目を記入し、必ず専門研修Ⅰの修了証を添付してください。

1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 保健師 5 助産師 6 看護師 7 介護福祉士 8 言語聴覚士 9 作業療法士 10 社会福祉士 11 介護福祉士 12 視能訓練士 13 作業療法士(言語聴覚士) 14 言語聴覚士 15 保健福祉士 16 あん摩マッサージ指圧師 17 はり師、きゆうきゆう師 18 理学療法士 19 作業療法士 20 言語聴覚士 21 その他相談職 22 その他介護職	11
---	----

3. 実務従事状況と実務経験年数について、次から1つ選択し、記号でご記入ください。

現在、介護支援専門員業務に従事している場合、介護支援専門員としての通算の実務経験年数は申し込み時点で何年ですか。	1 半年未満 2 半年以上3年未満 3 3年以上	3
現在、介護支援専門員業務に従事していないが、過去に実務についた経験がある。	4 過去に実務に就いた経験がある(前回更新後)	

※実務経験が全く無い場合は、この研修の受講対象ではありません。

4. 初回更新の場合、介護支援専門員専門研修課程Ⅰまたは更新研修(専門Ⅰ相当)の、受講・修了状況をご記入ください。(修了番号がない場合は記入不要です。)

初回更新では、有効期間満了日までに介護支援専門員専門研修課程Ⅰまたは更新研修(専門Ⅰ相当)を受講する必要がありますので、未受講の場合は受講予定をご記入ください。

すでに修了している場合				これから受講する必要がある場合(あてはまるところに記入)			
修了年度	都道府県名	修了課程	修了証番号	これから受講予定の場合、受講予定の研修事業者及び受講予定時期		今年度は受講しない場合、受講予定時期	
(西暦) 〇年度	神奈川県	専門Ⅰ		(西暦) 年 月	(西暦) 年 月		

5. 当該研修において、講師またはファシリテーターの予定がある場合、当該科目が免除されます。その場合、必ず受講免除願いを添付してください。

6. 身体障害等のため、受講時における配慮を希望される場合はご記入ください。

1. 要	(内容)
------	------

【個人情報について】 神奈川県介護支援専門員専門研修・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以外の目的に利用することはありません。なお、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。