

令和6年度神奈川県介護支援専門員〔 専門研修課程Ⅱ 実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅱと同内容) 〕受講申込書

1. 申込者(受講希望者本人) フローチャートでご確認の上、どちらかに○をしてください。 年 月 日

申込者	フリガナ								生年月日	(西暦)	年	月	日
	氏名												
	自宅TEL								携帯電話番号				
	住所	〒											
現勤務先	事業所番号												
	事業所名												
	所在地	〒											
	電話番号	TEL							FAX				
※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									登録都道府県				
※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		年 月 日			更新		・初めて		・2回目以降		どちらかに○印		

2. 介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格条件を下記の中から1つ選択し、番号で記入してください。

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 准看護師 8 理学療法士 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 義肢装具士 14 歯科衛生士 15 言語療法士(言語聴覚士) 16 あん摩マッサージ指圧師 17 はり師、きゅう師 18 柔道整復師 19 栄養士 20 精神保健福祉士 21 その他相談職 22 その他介護職	
--	--

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 <u>通算</u> の実務経験年数は <u>申し込み時点</u> 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	
現在、介護支援専門員業務に <u>従事していないが、過去に実務についた経験がある。</u>	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	
(和暦) 年度				(和暦) 年 月		(和暦) 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)
------	------

受講可否連絡用のため、携帯電話等のメールアドレスを登録してください。(研修終了後、削除します。)



<https://forms.gle/wcnyuU7o1V9uXYTK8>

【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。

研修実施機関 (特非)かまくら地域介護支援機構

〒247-0061 鎌倉市台2-8-1 台在宅福祉サービスセンター内
Tel 0467-46-0788 FAX 0467-46-0059
メールアドレス:jimu@kamashien.com

フローチャートでご確認の上、どちらかに○をつけてください。

1. 申込者(受講希望者)

↑どちらかに○をし

記入例

申込者	フリガナ	鎌倉	チイキ	地域							
	氏名	鎌倉		地域							
	自宅TEL	0467-〇〇-〇〇〇〇									
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 鎌倉市〇〇〇〇									
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 鎌倉市〇〇〇〇									
	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	登録都道府県	〇〇〇
※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		令和 〇 年 〇 月 〇 日	更新	初めて	・2回目以降	どちらかに○印					

2. 介護支援専門員実務研修受講

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。

し、番号で記入してください。

1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 保健師 10 社会福祉士 11 介護福祉士 12 介護士 16 あん摩マッサージ指圧師 17 はり師 21 その他相談職 22 その他介護職	9 作業療法士 10 言語聴覚士(言語聴覚士) 11 保健福祉士	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、過去に実務について経験がある。	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	
〇〇年度	神奈川県	専門Ⅰ		年 月	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)
------	------

受講可否連絡のため、携帯電話等のメールアドレスを登録してください。(研修終了後、削除します。)



<https://forms.gle/wcnyuU7o1V9uXYTK8>

【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。