

平成30年度群馬県介護支援専門員 専門研修(専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱ) 《 受講申込書 》

受付番号	種別

(↑上の「受付番号」「種別」欄には記入しないでください。)

平成30年度専門研修(専門研修課程)を受講したいので申し込みます。

※こちらの枠内に介護支援専門員証を添えてコピーして下さい。

※受講申込書はコピーをしたものを提出して、原本は手元に保管してください。

ふりがな			性 別	男 ・ 女	
氏 名			生年月日	S . H	年 月 日生
住 所	〒	-	電 話 番 号	自 宅	
			携 帯		
			勤 務 先		
介護支援専門員証登録番号			交付年月日	平成	年 月 日
			有効期間満了日	平成	年 月 日
介護支援専門員資格取得時の基礎資格(国家資格等)を右欄に記入					
介護支援専門員としての実務経験年月の合計(過去全て)を右欄に記入			研修初日前日時点(H30年 月 日)合計 年 ヶ月		
現在お持ちの介護支援専門員証有効期間内の実務経験を下記の勤務期間に記入してください。					
勤 務 期 間			事 業 所 名		
平成	年 月 日	～平成	年 月 日	年 ヶ月	
平成	年 月 日	～平成	年 月 日	年 ヶ月	
平成	年 月 日	～平成	年 月 日	年 ヶ月	
平成	年 月 日	～現 在(研修初日前日時点)	年 ヶ月		現在の勤務先は下欄に記入してください。
合 計			年 ヶ月		
現在の勤務先	事業所名	(事業所番号)			
	住 所	〒	-		
右欄に該当する方は□を■に塗ってください。		□有効期間内に実務経験あるが、現在は勤務していない。			
右欄の更新に関わる研修を修了した方は修了年度を記入してください。	専門研修課程Ⅰ(年度)(年度)		専門研修課程Ⅱ(年度)(年度)		
	未経験者更新研修(年度)(年度)		再研修(年度)(年度)		
主任ケアマネの方は記入ください。	主任研修受講年度(年度)		主任の有効期間満了日(平成 年 月 日)		
希望する研修の□を■に塗ってください	□専門研修課程Ⅰ(56時間相当)	受講料	33,000 円		
	□専門研修課程Ⅱ(36時間相当)	受講料	22,000 円		
	□専門研修課程Ⅰ+Ⅱ(92時間相当)	受講料	55,000 円		
専門研修Ⅰを受講する方所属施設の種別及び希望する組を選択し□を■に塗ってください。	種 別	□①居宅系	組	□ 1 組	
		□②医療施設系(老健等)		□ 2 組	
		□③福祉施設系(特養等)			
専門研修Ⅱを受講する方所属施設の種別及び希望する組を選択し□を■に塗ってください。	種 別	□①居宅系	組	□ 1 組	□ 3 組
		□②医療施設系(老健等)		□ 2 組	□ 4 組
		□③福祉施設系(特養等)			

※所属施設の種別は研修時のグループ編成に使用します。組は定員の都合により受講する組の変更をお願いする場合があります。

専門研修課程Ⅰ受講希望者及び専門研修課程Ⅰ+Ⅱ受講希望者は5月25日～6月12日の期間内に、専門研修課程Ⅱのみ受講希望者は7月13日～7月27日の期間内に郵送にてお申込みください。

※申込書は期間内に必着となるよう送付してください。

〈申込・問合せ先〉 〒371-0843

群馬県前橋市新前橋町13-12 群馬県社会福祉総合センター6階
社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会 福祉人材課 介護支援専門員研修担当
TEL 027-255-6035 (9:00～12:00/13:00～17:00)