

令和2年度 群馬県介護支援専門員 専門研修課程Ⅱ《受講申込書》

記入日

令和 年 月 日

会場で講義動画の視聴を希望する方の申込書

受付番号	種別
◆ ※事務局 使用欄	更新・専門 ※事務局 使用欄

令和2年度専門研修（専門研修課程Ⅱ）を受講したい

ので申し込みます。 **一緒に申請書の郵送も必要です**

【注意】今年度、**専門Ⅰ(中止)と専門Ⅱ 両方の研修**を受講する

最終年度だった方は、**次年度以降の受講**となります。

この申込みは出来ません。詳しくはホームページの臨時的取扱いに

に関する書面をご確認ください。

※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。

※今年度の研修は、コロナウイルス感染症の流行拡大防止のため、研修規模を縮小致します。

資格取得を急がない方は、次年度以降の受講を、ご検討ください。

ふりがな	性別	生年月日	S.H	年	月	日生
氏名	男・女	自宅☎				
住所	〒 _____ - _____	電話番号	携帯☎			
			勤務先☎			
メールアドレス @		登録都道府県 (いずれかに☑する)	<input type="checkbox"/> 群馬県	<input type="checkbox"/> 他都道府県→ (以下の該当する方に○) (受講地・登録地) 変更手続き中		
介護支援専門員証登録番号		交付年月日		年	月	日
		有効期間満了日		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		例：介護福祉士 () 看護師 等				
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		令和2年9月29日(研修初日前日時点) の経験年数 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 【和暦で記入してください】			事業所名			
年	月	日	～	年	月	日
年	月	日	～	年	月	日
年	月	日	～	年	月	日
年	月	日	～	R2. 9/29(研修初日前日時点)	年	ヶ月
合計			現在の勤務先は下欄に記入してください ↓			
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 <input checked="" type="checkbox"/> してください ; <input type="checkbox"/> 有効期間内に実務経験はあるが、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してください		主任研修受講年度 (年度)		主任の有効期間満了日 (年 月 日)		
専門研修Ⅱを受講する方 所属施設の種別を■に塗り、希望する組をご記入ください。	種別	<input type="checkbox"/> ①居宅系	組	第一希望 () 組 ※日程を確認していただき		
		<input type="checkbox"/> ②医療施設系(老健等)		第二希望 () 組 第二希望まで必ず		
		<input type="checkbox"/> ③福祉施設系(特養等)	<input type="checkbox"/> どの組でも可 ご記入ください			
受講決定後の提出物・課題事例の分類(予定)について ※予定で結構です。提出時に変更しても問題はありません。 類型番号：1～7の数字を記入 ()			身体の障害等のため受講において配慮を希望する場合は、その内容を記入してください。いずれかを☑ ※座席の位置など <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ()			
<input checked="" type="checkbox"/> 郵送前の確認チェック： <input type="checkbox"/> 集合視聴に関する「申請書」も一緒に同封しました						

※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。

※受講いただく組は、受講決定の通知時に、書面にてお知らせします。 ※申込書は期間内に必着となるよう送付してください。

※専門研修Ⅱ(36時間相当)受講料について： **受講料 22,000円** (別途テキスト代がかかります)

専門研修課程Ⅱのみ 受講希望者は8月24日～9月9日の期間内に郵送にてお申込みください。

<申込郵送先・
問い合わせ先> 〒371-8525 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)