

令和3年度 群馬県主任介護支援専門員 研修受講申込

令和3年度群馬県主任介護支援専門員研修について、研修案内の内容を了解した上で、下記のとおり申し込みます。

【入力する前に、HP上の『令和3年度 群馬県主任介護支援専門員研修受講申込書』をご活用ください】

入力フォームは入力を始めると保留にしておく機能がありません。HP上の『令和3年度 群馬県主任介護支援専門員研修受講申込書』に全ての入力項目が載っています。予め、入力することを控えた上で入力フォームに臨んでください。

■■米印の必須項目は全員の方が必ず回答してください■■

※質問に順番にお答えいただき、最後に「送信」ボタンを押すと申込完了です

群馬県社会福祉協議会 福祉人材課 研修担当

*必須

氏名・性別・生年月日(西暦)

1. 氏名 (漢字) *

(例) 群馬 太郎 ※姓、名の間空白を入れてください

2. 氏名 (ふりがな) *

(例) ぐんま たろう ※姓、名の間空白を入れてください

3. 性別 [1男、2女] *

1つだけマークしてください。

1

2

4. 生年月日(西暦) *

例: 2019年1月7日

自宅住所

5. 郵便番号 *

(例) 1234567 ハイフンは不要です。 ※半角数字で入力してください

6. 都道府県 *

1つだけマークしてください。

群馬県

その他: _____

7. 市町村、番地・建物名(部屋番号) *

(例) 前橋市新前橋町13-12 ○○アパート101号室

電話番号・メール
アドレス

※電話番号は申込内容確認のため、確実に連絡の取れる番号(昼間の連絡)を入力してください

8. 自宅電話番号

(例) 098-765-4321 ※ハイフンを入れてください

9. 携帯電話番号 *

(例) 098-765-4321 ハイフンを入れてください ※日中確実に連絡の取れる連絡先を入力してください。自宅電話も可。

10. いつでも確認できるメールアドレスを入力してください。(g-mailやyahooメールなどのフリーアドレス可) ※半角英数でお間違いのないように入力してください

迷惑メール対策等で、ドメイン指定受信を設定している場合、メールが届かない場合がございます。受信できるように設定してください。

介護支援専門員登録状況

11. 介護支援専門員証登録番号 (8桁) *

※登録番号は、写真付きの介護支援専門員証でご確認ください ※半角数字で入力してください

12. 介護支援専門員証 登録都道府県 *

※群馬県登録ではない方は、その他に登録都道府県を入力してください

1つだけマークしてください。

群馬県

その他: _____

13. 介護支援専門員証有効期間満了日 *

(例) R6.1.1 (半角ピリオド)

14. 基礎資格

当てはまるものをすべて選択してください。

- 薬剤師
- 保健師
- 看護師
- 准看護師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 社会福祉士
- 介護福祉士
- 社会福祉主事
- ホームヘルパー
- 歯科衛生士
- 言語聴覚士
- 精神保健福祉士
- 柔道整復師
- 栄養士(管理栄養士を含む)
- 医師
- 歯科医師
- 生活相談員
- 相談支援専門員
- 主任相談支援員

その他: _____

15. 受講要件に該当する介護支援専門員の実務経験年数

(例) 5年3ヶ月 ※実務経験の基準日は令和3年3月31日現在で算定してください。また、1ヶ月に満たない端数は切り捨ててください。

勤務先・所属先の情報

16. 事業所・所属先名 *

(例) ○○居宅介護支援事業所

17. 事業所番号

(例) 0123456789 ※半角数字で入力してください

18. 郵便番号

(例) 123-4567 ハイフンを入力してください。 ※半角数字で入力してください

19. 都道府県

1つだけマークしてください。

群馬県

その他: _____

20. 市町村、番地・建物名(部屋番号)

(例) 前橋市新前橋町12-13 ○○アパート101号室

21. 事業所・所属先 電話番号 ※半角数字で入力してください*

(例) 098-765-4321 ハイフンを入れてください

22. 事業所・所属先 FAX ※半角数字で入力してください

(例) 098-765-4321 ハイフンを入れてください

23. 事業所における職名

※その他を選んだ方は、職名を具体的に入力してください

1つだけマークしてください。

管理者

その他: _____

24. 事業所形態 ※該当するものを選択してください*

1. 地域包括支援センター(配置が「介護支援専門員」であること) 2. 居宅介護支援事業所 3. その他

1つだけマークしてください。

1

2

その他: _____

受講に関する研修修了状況について 受講した研修の修了年度等を入力してください。

※できるだけ直近の修了年度を入力してください
※受講していない研修の場合は『なし』と入力してください

25. ①平成14～17年度ケアマネジメントリーダー養成研修

(例) 平成14年度修了

26. ②平成15～17年度 基礎研修課程Ⅰ

(例) 平成15年度修了

27. ③平成15～17年度 基礎研修課程Ⅱ

(例) 平成15年度修了

- 28。 ④平成18～令和2年度 専門研修課程 I
(例) 令和元年度修了 ※令和2年度群馬県の専門 I は研修中止
-

- 29。 ⑤平成18～令和2年度 専門研修課程 II
(例) 令和2年度修了
-

主任介護支援専門員研修の受講状況について

- 30。 主任介護支援専門員研修の受講歴はありますか

1つだけマークしてください。

なし

あり

- 31。 主任介護支援専門員研修の受講歴はありますか「あり」と回答した方、受講歴を入力してください

(例) ○年度受講、受講した都道府県 ○○県

受講要件

32. 受講要件について *

A 専任の介護支援専門員の実務経験が5年(60ヶ月)以上 (添付書類：①,②,③,④,⑧) B 日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー等 (添付書類：①,②,③,④,⑤又は⑥,⑧) C ケアマネジメントリーダー養成研修修了者 (添付書類：①,②,③,④,⑤,⑧) D-ア 介護支援専門員としての実務経験が5年以上あり、県が実施する介護支援専門員研修の講師を務めた経験があるか、現に務めている者で、県が適当と認める者 (添付書類：①,②,③,④,⑦,⑧) D-イ 居宅介護支援事業所と、在宅介護支援センターまたは地域包括支援センターブランチとの兼務で、通算5年(60ヶ月)以上の介護支援専門員の業務に従事している者 (添付書類：①,②,③,④,⑧)

1つだけマークしてください。

- A
- B
- C
- D-ア
- D-イ

申込書の優先順位

33. 同一事業所からの申込人数

1つだけマークしてください。

- なし
- 1
- 2
- 3
- その他: _____

34. うち本申込書受講希望者の優先順位

1つだけマークしてください。

- 1
- 2
- 3
- その他: _____

本研修の受講動機について

35. 本研修の受講動機、主任介護支援専門員の役割をどのように果たしたいと考えているか（400文字まで）

※未記入の場合は、受講をお断りします。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム