

令和3年度 群馬県介護支援専門員 専門研修課程 I 《 受講申込書 》

※事務局使用欄

記入日 令和 年 月 日

【この申込書は **専門研修課程 I** を受講する方の申込書です。】

ふりがな			性別	生年月日	S . H	年	月	日生
氏名			男・女	電話 番号	自宅 ☎			
住所	〒 -				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) 変更手続中・未			
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				7/8 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 に記入して下さい								
勤 務 期 間 【和暦 で記入して下さい】				事 業 所 名				
年	月	日	～	年	月	日	年	ヶ月
年	月	日	～	年	月	日	年	ヶ月
年	月	日	～	年	月	日	年	ヶ月
年	月	日	～	7/8 研修初日前日 時点	年	月	日	現在の勤務先 は下欄に記入してください ↓
合 計				年	月	日	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 <input checked="" type="checkbox"/> して下さい				<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)			
種別	所属施設の種別の☐を、 ■黒く塗りつぶして ください。			<input type="checkbox"/> ①居宅系 <input type="checkbox"/> ②医療施設系 (老健等) <input type="checkbox"/> ③福祉施設系 (特養等)				
				今年度、専門課程 II も受講する方は、☑ をしてください。 <input type="checkbox"/> 専門研修 II も受講します。 【注意】申込は別です。申込期間にお申込みください。				

以下に記載した事項を確認し、承諾した上でお申込みください。

【注意】専門員証の有効期間満了日は、3年の臨時的取扱いを考慮せず、証の日付をそのままをご記入ください。

【組について】午前・午後の決定は、当会にて行います。

【必ず確認してください】県の臨時的取扱いの通知をご確認ください。ホームページに掲載しています。

【締切り】 申込みは以下 **1、2 の両方** を行ってください。(フォームだけでは受付は終了しません)

1. Web受付 (フォーム受付) 締切り : 6月18日 (金)

2. 郵送締切り : 6月25日 (金) 郵送するもの : ①この申込書 ②専門員証の写し