

令和4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	<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			6/19 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 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日 ~	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日 ~	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日 ~	6/19 研修初日前日	時点	年 月 日	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 月 日	
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)	
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、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 専門研修 II も受講します。 【注意】 申込が別途必要です。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】午前組・午後組の決定は、当会にて行います (選択できません)。

【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：5月30日 (月)

2. 郵送締切り：5月30日 (月) 郵送するもの：①この申込書 ②介護支援専門員証の写し