

令和 7 年度 群馬県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 7 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。

管理者氏名 _____ 印

※管理者の方が内容を確認し、署名・捺印(個人印不可)の上ご提出ください

1 受講希望者について

記入日 令和 年 月 日

受講希望者	フリガナ		性別	男 ・ 女 ・ 未回答
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 -	自宅電話	- -
			携帯電話	- -
受講要件に該当する 介護支援専門員の実務経験	____年 ____か月 ※実務経験の基準日は令和 7 年 3 月 31 日現在で算定。 また、1か月に満たない端数は切り捨ててください。			
勤務先	事業所名			
	所在地	〒 -		
	電話番号	- -	会社携帯	- -

※管理者氏名は現在の事業所の管理者で結構です。(法人代表者でなくても可、出向の場合は出向先)

申込者が管理者の場合ご自身の署名になります。

※勤務先は、申し込み時点の勤務先を記入してください。異動予定がある方は、フォームに記載欄があります。

2 介護支援専門員証の添付

介護支援専門員証(写し)を枠内に貼付してください

3 介護支援専門員としての実務従事期間（常勤・非常勤、専従・兼務）の詳細

* 令和7年3月31日までの介護支援専門員として勤務したすべての期間を記入し、雇用形態に必ずチェックを入れてください。欄が不足する場合はコピーをしてください。※勤務期間は和暦で記入

勤務期間		勤務先名		雇用形態	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
年 月 日 から 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [] ・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[]	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名 ()	
合 計 (令和7年3月31日 現在)	年 か月	(内訳)	常勤専従 常勤兼務 非常勤専従 (週__時間) 非常勤兼務 (週__時間)	____年____か月 ____年____か月 ____年____か月 ____年____か月	

個人情報について：受講申込書および添付書類の記載事項は、群馬県主任介護支援専門員更新研修の運営、受講資格確認、名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用いたしません。