

平成29年度和歌山県介護支援専門員更新研修（実務経験者）申込書

申込日 平成29年 月 日

(ふりがな) 氏名	印						
生年月日	年		月		日		
登録地	和歌山県登録			他府県登録（受講地変更による受講希望）			
介護支援専門員 登録番号 (8桁)							
(有効期間)	※他府県登録者の場合は、介護支援専門員証（介護支援専門員登録証明書）のコピーを添付してください。						
	平成 年 月 日まで						
住 所	〒 ()						
連絡先電話番号	(自宅 ・ 勤務先)						
平成25年度以降の 介護支援専門員と しての実務経験 (下欄事業所種別の 番号を記入)	事業所種別 (下欄の番号)	事業所名	勤務期間				
			平成 年 月 日～平成 年 月 日				
			平成 年 月 日～平成 年 月 日				
			平成 年 月 日～平成 年 月 日				
保有資格	社会福祉士・介護福祉士・看護師(准看護師)・介護員・その他 ()						
現在の勤務先	(種別) 居宅介護支援・介護保険施設・居宅サービス事業所・地域密着型サービス・地域包括支援センター・その他						
	(勤務先名称)			(電話番号)			
希望する コースに○	第一希望	①紀北Aコース（全日程受講） ・ ②紀北Aコース（専門Ⅱ相当のみ受講）					
		③紀北Bコース（全日程受講） ・ ④紀北Bコース（専門Ⅱ相当のみ受講）					
		⑤紀南Cコース（全日程受講） ・ ⑥紀南Cコース（専門Ⅱ相当のみ受講）					
	第二希望	①紀北Aコース（全日程受講） ・ ②紀北Aコース（専門Ⅱ相当のみ受講）					
		③紀北Bコース（全日程受講） ・ ④紀北Bコース（専門Ⅱ相当のみ受講）					
		⑤紀南Cコース（全日程受講） ・ ⑥紀南Cコース（専門Ⅱ相当のみ受講）					
【専門研修課程Ⅰ相当】 にかかる研修修了状況 (該当する項目に○及び 修了年度を記入)	a. 平成	年度 専門研修課程Ⅰ 修了					
	b. 平成	年度 実務経験者に対する更新研修（専門ⅠⅡ相当） 修了					

【注意事項】

※保有資格等は、グループワークの班編成の際に必要となりますので、該当する項目に○印をつけてください。
・「介護員」については、介護職員初任者研修課程、介護職員基礎研修課程、訪問介護員養成研修1・2級課程の修了者

※本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。

勤務した事業所種別

- | | |
|-----------------------|----------------|
| ①居宅介護支援事業所 | ⑦看護小規模多機能型居宅介護 |
| ②特定施設入居者生活介護（介護予防） | ⑧介護老人福祉施設 |
| ③小規模多機能型居宅介護（介護予防） | ⑨介護老人保健施設 |
| ④認知症対応型共同生活介護（介護予防） | ⑩介護療養型医療施設 |
| ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護 | ⑪介護予防支援事業所 |
| ⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ⑫地域包括支援センター |