

平成29年度和歌山県介護支援専門員専門研修課程Ⅰ申込書

申込日 平成29年 月 日

事業所名			
代表者名	担当者名		
所在地	〒		
	電話番号	( )	FAX ( )

【受講申込者に関する記入欄】

氏名	(ふりがな)			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)	
介護支援専門員の登録番号(8桁)				
(有効期限)	※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。			
これまでの研修修了状況	平成	年度実務研修	平成	年度実務未経験者向け更新研修・その他( )
介護支援専門員の 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	
	計 年 月 (勤務年数は、申込書記入月を含め記入してください)			
※専門Ⅰ受講には、介護支援専門員として6ヶ月以上の従事期間が必要です。研修初日に勤務期間証明書の提出を求めます。(勤務期間証明書：受講決定時配付、研修初日提出)				
現勤務先  (該当に○)	( ) ①居宅介護支援事業所 ( ) ②特定施設入居者生活介護(介護予防) ( ) ③小規模多機能型居宅介護(介護予防) ( ) ④認知症対応型共同生活介護(介護予防) ( ) ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護 ( ) ⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ( ) ⑦看護小規模多機能型居宅介護 ( ) ⑧介護老人福祉施設 ( ) ⑨介護老人保健施設 ( ) ⑩介護療養型医療施設 ( ) ⑪介護予防支援事業所 ( ) ⑫地域包括支援センター ※ 上記施設等において、介護支援専門員として計画作成業務を行っていることに相違ありません。			
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( )			
希望する コースに○	第一希望	和歌山 コース	田 辺 コース	
	第二希望	和歌山 コース	田 辺 コース	第一希望に空きがない場合 受講希望しない ㊦

「受講希望しない」を選択の際、本人印の押印をお忘れなくお願いします。押印がない場合は無効になります。

【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なとなりますので、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。