

令和2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 令和2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） <small>※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。</small>		
介護支援専門員の登録番号（8桁）			
有効期間	年	月	日まで
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
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 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)		
	<small>※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)</small>		
現勤務先 (該当に○)	<input type="checkbox"/> ①居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> ②特定施設入居者生活介護（介護予防） <input type="checkbox"/> ③小規模多機能型居宅介護（介護予防） <input type="checkbox"/> ④認知症対応型共同生活介護（介護予防） <input type="checkbox"/> ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> ⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> ⑦看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ⑧介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> ⑨介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ⑩介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ⑪介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 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 ()		

【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。

【事務局記載欄】 初回 ・ 回目 (年) ・ 備考 ()