令和５年度高知県介護支援専門員更新研修（実務未経験者）

令和５年度高知県介護支援専門員再研修

受 講 申 込 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込研修（受講される研修に☑のうえ、介護支援専門員証の有効期間満了日、登録番号を記載ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ | 更新研修（実務未経験者）  R5.12.4.～R6.12.31までに介護支援専門員証の有効期間が満了する方 | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 再研修  介護支援専門員証を失効した方、または研修の修了日（R5.12.3）までに失効する方 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員証有効期間満了日 | | | | 年　　　月　　　日 | | 介護支援専門員  登録番号（８桁） | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふ り が な | | | | |  | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | | | |  | |
| 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 自　宅　住　所 | | | | | (〒　　　　　- 　 ) | | 電話番号 | | | ※昼間連絡可能なものを記載  [ 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ]  （　　　　）　　　　― | | | | | | |
| 勤　務　先 | | | | | 法人名 | | | | | | | | | | | |
| 事業所名  事業所所在地　(〒　　　　- 　 )  電話（　　　　　　　　- 　　　　　　　- 　 )　　FAX（　　　　　　　　- 　　　　　　　- 　 ) | | | | | | | | | | | |
| 実務研修  受講試験時  の基礎資格 | | | | | 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 理学療法士  作業療法士 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 視能訓練士 ・ 義肢装具士 ・ 歯科衛生士  言語聴覚士 ・ あん摩マッサ－ジ指圧師 ・　はり師 ・ きゅう師 ・ 柔道整復師 ・ 栄養士  管理栄養士 ・ 精神保健福祉士 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員としての実務経験 | | | | | （いずれかにチェック(✔)をしてください）  □ あり　 □ なし | | | | | | | | | | | |
| 研修修了後  の就業予定 | | | （該当するもののいずれかに、チェックをしてください）  □介護支援専門員として従事する予定である。  □介護支援専門員として従事はしないが、業務上、介護支援専門員の資格が必要である。  □人事異動により介護支援専門員として従事する可能性がある。  □介護支援専門員として従事する予定はない。 | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

申込締切　令和５年８月３０日（水）