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）