**令和６年度介護支援専門員再研修・更新研修（実務未経験者）申込書**

１．申し込み必要事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年　　　月 　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成  年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　）  ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| メールアドレス  フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| メールアドレス  ※携帯-スマホ不可 | ＠  ※「a（エー）」、「1（イチ）」、「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」**すべてにフリガナ**をつけてください。 | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 |  | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |
| 勤務先電話 | （　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 基礎資格  （該当するものに○をつける） | ア.薬剤師　 イ.保健師　 ウ.看護師　 エ.准看護師　 オ.理学療法士　カ.作業療法士  キ.社会福祉士　 ク.介護福祉士　 ケ.社会福祉主事　 コ.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　 サ.歯科衛生士  シ.栄養士　 ス.精神保健福祉士　 セ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 登録地 | | 都　道  府　県 |
| 受講区分　　（該当するものに○をつける） | １．介護支援専門員証の有効期間が切れている（再研修）  　２．介護支援専門員証の有効期間が概ね１年未満である（更新研修） | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員の経験 | なし　・　あり　⇒　経験年数（　　　年　　か月） | | | | | | | | | | |

**介護支援専門員証貼り付け欄**

|  |
| --- |
| ここに介護支援専門員証のコピーを貼り付ける  必ず剥がれないようにのり付けすること |

２．署名欄

|  |
| --- |
| 上記に記載した内容は、事実と相違ありません。また、研修実施要領14オンライン研修受講上の注意事項について確認しました。  記載した個人情報を指定研修実施機関が介護支援専門員に関する各種研修業務に利用することについて、承諾します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署） |