**令和６年度**

**主任介護支援専門員更新研修**

**《　受　講　申　込　書　》**

**こちらの枠内に介護支援専門員証のコピーを**

**貼り付けてください。**

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会理事長　様

申込日：令和６年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　　月　　　日 |
| 氏　名 | 都道府県市区郡 |
| 自宅住所 | 〒電話番号　　　　（　　　　）※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 |
| フリガナ |  |
| メールアドレス※携帯・スマホ不可 | ＠※「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」もフリガナをつけてください。 |
| 勤務先名 | 市区郡都道府県 |
| 勤務先住所 | 〒電話番号　　　　（　　　　） |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 種別 | 　居宅 ・ 施設 ・ 包括支援センター | 現在の状況 | 現任　・　非現任 |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | 登録地（都道府県） | 実務従事期間（※申込時点で通算） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　年　　　　　ヶ月 |
| 有効期限 | 主任研修有効期間満了日 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

**研修受講の要件**（該当する記号に○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ア | 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験が３回以上ある |
| イ | 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年４回以上参加した |
| ウ | 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある |
| エ | 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー |
| オ | 介護支援専門員実務研修実習指導者養成研修を受講し、介護支援専門員実務研修の実習指導を行った |

**今年度の更新研修（実務経験者）受講の有無**

|  |  |
| --- | --- |
| **令和6年度**(7～11月実施)**更新研修（実務経験者）**申込み | 有　・　無 |

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15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）