**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。**

**令和７年度**

**介護支援専門員再研修・**

**更新研修（実務未経験者）**

**受講申込書**

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会理事長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | |

令和７年度介護支援専門員再研修・更新研修（実務未経験者）について、実施要領の内容を理解した上で上記のとおり申込みます。なお、記載した内容は、事実と相違ありません。また、記載した個人情報を指定研修実施機関が「栃木県介護支援専門員資質向上事業実施要綱」に基づき栃木県へ提出することに同意します。

令和７年　　　月　　　日

氏名（自署）