令和６年度福島県介護支援専門員更新研修（実務未経験者）・再研修受講申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | |  | | | | | | | ② 生年月日 | | |
|  | | | | | | | 昭和  平成 | | 年　　　　月　　　　日生 |
| ③ 介護支援専門員登録番号（８桁） | | | | | | | | | ④ 介護支援専門員証の有効期間満了日 | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | 年　　　　月　　　　日  （現在の証の残りの有効期間：　ある　・　ない　　） | | |
| ⑤ 現　住　所 | | | | | | | | | | ⑥ 電話番号  ※平日昼間連絡のとれる番号を記入願います。 | |
| (〒　　　　　－　　　　　　) | | | | | | | | | | 携帯電話　　　　　―　　　　　　―  そ の 他　　　　　―　　　　　　―  （自宅・勤務先） | |
| ⑦ メールアドレス**（大きくはっきりと記入してください。）** | | | | | | | | | | ⑧ 実務経験の有無 | |
| ※数字のゼロとアルファベットのオーや大文字・小文字等の区別がつくように記入願います。 | | | | | | | | | | 現在の証の有効期間内に介護支援専門員として実務経験が  あ る　・　な し | |
| ⑨ 介護支援専門員の資格が必要な理由（該当する項目１つに☑と必要事項を記入してください。） | | | | | | | | | | | |
| □ 現在、認定調査員等介護支援専門員の資格を使って仕事をしている。 | | | | | | | | | | | |
| ⇒業務内容（　　　　　　　　　　　　　　）　所属機関名（　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| □ 就労、配置換えなどで近日中に介護支援専門員の実務に従事する。 | | | | | | | | | | | |
| ⇒業務内容（　　　　　　　　　　　　　　）　所属機関名（　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 実務従事予定日（　　　　年　　　　月　　　　日） | | | | | | | | | | | |
| □ 上記以外の理由　⇒主な理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

　（演習のグループ分けの参考にしますので、ご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑩ 性　別  (性自認) | 男性　・　女性　・　その他 | | ⑪ 基礎資格 | | ※「受講申込書の記入要領」より該当番号を記入 | |
| ⑫ 現在の  勤務先 | 事業所名 |  | | | | |
| 職名 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | 職場への電話連絡 | | 可　・　不可 |

◎申込方法

「受講申込書の記入要領」を確認のうえ、本様式に所要事項を記入し、郵送にてお申し込みください。

個人情報記載のため、郵便以外では一切受付け出来ません。

**申込期間：７月３日（水）～７月１９日（金）**

**※７月１９日必着とし、期間以外の受付はできません。**

**※郵便事情が変わり配達までに時間がかかるため、余裕をもってお手続きください。**

**◎申込先**

**〒960-8141　福島市渡利字七社宮111番地**

**福島県社会福祉協議会　福祉研修課　介護支援専門員研修担当　 宛**

**受講申込書の記入要領**

＊１枚の申込書につき１名の申込みとなります。

① 氏名 ・ ② 生年月日

受講者管理及び修了証明書発行に必要になります。氏名は楷書で正しく記入願います。

③ 介護支援専門員登録番号

登録番号を必ず記入してください。登録証の紛失等で登録番号が確認できない方は事務局までご連絡ください。

④ 介護支援専門員証の有効期間満了日

介護支援専門員証に記載してある有効期間満了日を記入し、残りの有効期間のある、なしに○をつけてください。

⑤ 現住所 ・ ⑥ 電話番号

申込書の内容確認や受講決定通知に必要となりますので記入してください。

Zoom演習時に不具合があった場合など、事務局から電話をすることがありますので、携帯電話の番号は必ず記入願います。

⑦ メールアドレス

研修のお知らせ等を送付するため、やり取りができるアドレスを必ず記入してください（携帯電話等のキャリアメール可）。アドレスは大きくはっきりと記入願います。数字の１とアルファベットのLやＩ、大文字と小文字等区別がつくように記入してください。

⑧ 実務経験の有無

現在お持ちの証の有効期間内に介護支援専門員としての実務経験があるかどうか○をつけてください。有効期間が切れていない方で有効期間内に実務経験がある方は本研修の対象外となります。

⑨ 介護支援専門員の資格が必要な理由

必ず該当する項目１つに☑と必要事項をお書きください。

⑩ 性別（性自認）

該当する性別に○をつけてください。

⑪ 基礎資格

現在の保有資格について、該当する数字を記入願います。（複数選択可）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 医師 | 2 | 歯科医師 | 3 | 薬剤師 | 4 | 保健師 | 5 | 助産師 |
| 6 | 看護師 | 7 | 准看護師 | 8 | 理学療法士 | 9 | 作業療法士 | 10 | 視能訓練士 |
| 11 | 義肢装具士 | 12 | 歯科衛生士 | 13 | 言語聴覚士 | 14 | あん摩マッサージ指圧師 | 15 | はり師 |
| 16 | きゅう師 | 17 | 柔道整復師 | 18 | 栄養士(管理栄養士) | 19 | 社会福祉士 | 20 | 介護福祉士 |
| 21 | 精神保健福祉士 | 22 | その他 |

⑫ 現在の勤務先

事業所名等をご記入ください（福祉・介護関係に就業していない方、就業されていない方は記入不要）。また、受講者と急ぎで連絡を取りたい場合に職場へ連絡することがありますので、電話連絡の可否をご記入ください。

＜問合せ先＞

|  |
| --- |
| 福島県社会福祉協議会　福祉研修課　介護支援専門員研修担当　TEL 024-523-1259  ※介護支援専門員登録名簿の住所の変更や他県への転出等の資格管理については、  福島県高齢福祉課（E-mail）kaigohoken2@pref.fukushima.lg.jpへお問合せください。 |