

平成24年度  
介護支援専門員更新研修(実務未経験者対象)  
受講申込書

申込日 平成 年 月 日

私は、開催要項の内容及び日程の全てを受講することができることを確認し、その上で介護支援専門員更新研修(実務未経験者対象)の受講を希望しますので、次のとおり介護支援専門員更新研修(実務未経験者対象)を申し込みます。

1. 基本情報 ※申し込み内容の確認をする場合がありますので、必ず本人が記入ください。

ふりがな	生年月日		男・女
氏名	印	大正 昭和 年 月 日	
自宅住所※1	電話番号		
	FAX番号		
勤務先名	勤務先住所		
勤務先電話番号	現職種		
介護支援専門員登録番号(8桁) (他都道府県で登録している場合は都道府県名も記載)	第	)※岐阜県以外の場合	
有効期間満了日	平成 年 月 日		
介護支援専門員実務経験年数※2	ヶ月		
介護支援専門員現任者確認 (該当する方に○をしてください。)	現任者		非現任者
所持資格※3 (介護支援専門員の資格取得に関わる資格を記載してください。) (複数回答可 □にレ点)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他( )		
勤務先種別※3 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他( )		
【通信欄】			

※1. 受講決定のお知らせは、原則としてご自宅に送付いたします。

※2. 介護支援専門員の実務経験年数(申し込み時点)を記載してください。なお、本研修は、実務経験年数が6ヶ月未満の方(実務経験0ヶ月の方を含む)であって本研修の翌日～平成25年10月31日までに介護支援専門員証の有効期間が満了する方を対象としております。**介護支援専門員証の有効期間が満了されている方は再研修の対象者となります。**

※3. 所持資格や勤務先種別は、演習におけるグループ編成の参考とさせていただきます。

※4. 個人情報の取り扱いについて

申込書に記載された個人情報につきましては、本研修以外の目的に使用することはありません。

申込受付:平成24年2月13日(月)～3月9日(金)到着分

受講決定:平成24年3月16日(金)※発送予定

【送付先】 社会福祉法人岐阜県福祉事業団 岐阜県福祉総合相談センター  
〒501-1173 岐阜市中2-470 県立寿楽苑2階  
※申込は郵送又は窓口まで(FAX不可です。) TEL(058)239-8063 FAX(058)-239-8072