|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （様式１）※ホームページ掲載のワード様式をDLしパソコンで作成いただくことを推奨します | 受付番号 |  |

**令和５年度　香川県介護支援専門員 再研修 受講申込書**

◆記載要領を確認のうえ、ご記入下さい。

|  |
| --- |
| ＊研修部で **コース指定 ・** **受講決定** をしますので、□ のどれか **１つ** にチェックを付けてください。**□** **Ａコース**・**Ｂコース**の **どちらの日程でも** 受講できる**□** **Ａコースのみ** 受講できる　　　　　　　**□** **Ｂコースのみ** 受講できる |
| 介護支援専門員登録番号 | 根拠資格 | 有効期間満了日 |
|  |  | （西暦）20　　　年　　月　　日（　平成 ・ 令和　　　　年） |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | （西暦）　　　　年　　月　　日（　昭和 ・ 平成　　　　年） |
| フリガナ |  |
| 現住所 | （〒　　　－　　　　　） |
| 電話（　　　　　）　　　　－　　　 | 携帯電話（　　　　）　　　　－　　 |
| **日中つながる電話番号**（必須）：（　　　　　）　　　　 －　　　　　　 |
| アドレス　フリガナ |  |
| **オンライン研修****登録メールアドレス** |  |
| **※Cisco webex招待メール、研修部からのお知らせ等は上記登録メールに送信します。** |
| 現在の勤務先 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話（　　　　　）　　　　　－　　　　　 |
| 介護支援専門員実務経験の有無 | ①(　　　)　**実務未経験** |
| ②(　　　)　**実務経験あり**【介護支援専門員実務従事期間等】　　　　　　　　　　　　　　　　　～　令和5年10月1日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従事期間 | 従事年数 | 事業所名 | 事業所種別※ |
| **合計**　：　　　　　　　　年　　　　　ヶ月（介護支援専門員実務従事期間） |
| 年　　　月～　　　年　　　月 | 　年　　　ヶ月 |  |  |
| 年　　　月～　　　年　　　月 | 　年　　　ヶ月 |  |  |
| 年　　　月～　　　年　　　月 | 　年　　　ヶ月 |  |  |

※事業所種別は、記入要領の①～⑩から選択すること。 |
| 課題分析方式 | １（　　　）居宅サービス計画ガイドライン方式２（　　　）三団体版ケアプラン策定研究方式 | ３（　　　）日本介護福祉士会方式４（　　　）日本社会福祉士会方式 |
| ※ 前期の研修（演習）で用いますので、課題分析方式を１つ選択してください。 |
| 受講地変更の連絡 | （※現在の登録地が**香川県外**の方のみご記入ください。）登録都道府県への受講地変更希望の連絡　　【　　　済　　（　　　　　　　　　都道府県）】 |

※介護支援専門員証（又は介護支援専門員登録証明書、登録通知書）の写しを添付すること