

(様式1)

平成30年度 福井県介護支援専門員更新研修 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな				性	男	生年	(満 歳)		
氏名				別	女	月日			
介護支援 専門員	登録番号(8桁)					平成	年	月	日まで
	(有効期間満了日)								
主任介護支援専門員	研修受講年度	平成	年	有効 期限		平成	年	月	日まで
基礎資格	受験時の保有資格を記入してください。 (例：看護師、介護福祉士など)								
自宅	住所	〒							
	TEL				携帯				
勤務先	名称					TEL			
	所在地	〒				FAX			
受講要件	要綱を確認の上、当てはまる受講要件□にチェックをしてください								提出書類
<input type="checkbox"/> ①	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ある方								様式2
<input type="checkbox"/> ②	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回以上参加した方								様式3
<input type="checkbox"/> ③	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方								様式4
<input type="checkbox"/> ④	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								認定書
<input type="checkbox"/> ⑤	主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める方								証明書
その他	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員修了証書の写し								
提出書類	確認事項	指導事例を提出できる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

* 提出書類(添付書類を含む)にもれがないか再度ご確認ください。

* 申込期限は平成30年5月20日(日)必着です。

受講希望コース	<input type="checkbox"/> 前期コース <input type="checkbox"/> 後期コース
---------	---