

(様式1)

平成31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・令和) 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	
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31年5月19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
---------	---

* 募集人数が少ない場合は前期日程のみでの開催となる事がありますので、予めご了承下さい。