（様式３）

研修受講申告書

申込日　令和　　年　　月　　日

一般社団法人　福井県介護支援専門員協会　御中

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護支援専門員証登録番号（８桁）

主任介護支援専門員更新研修の申込みにあたり、受講要件②法定外の研修に参加した実績について、下記の通り申告します。

１．　研修受講実績について

　　年4回の研修については、1年間に4回以上の受講が望ましいが、本年度は本研修の要件としてはR2年4/1～R3年5/23までに受講されたものが有効です

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 研修名 | 研修実施機関 | 研修年月日 | 日数(※1) | 時間(※2) |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |

　注）有効期間内のもの

　　　尚、上記申告内容について虚偽が発覚した場合には、研修の受講・修了は認められません。

　　（※１）半日は0.5。1日のみの研修は１。2日間以上にわたる研修は受講日数をご記入ください

　　（※２）その研修の受講時間の合計をご記入ください

　２．添付書類について

①修了（履修）証明書等の写し。または参加が証明できるもの（参加費領収書等）の写し

②研修カリキュラム（研修の内容が分かるもの）の写し （必修）

　※福井県と当協会が作成、推奨している「主任介護支援専門員研修受講及び講師等の履歴簿」　（関係機関の証明印のあるもの）の写しを提出した方は、上記の①②の添付は不要。