記入日　　令和６年　　月　　日

令和６年度千葉県介護支援専門員地域同行型研修

受講申込書（アドバイザー用）

**様式２**

（コピー可）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | 男・女 | | | 生年月日 | | | | |
| 年　　月　　日　　　　才 | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | e-mail | | | | | |  | | | | | | | |
| 介護支援専門員証番号（8桁） | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | 介護支援専門員証  登録地 | | | | |  | | |
| 介護支援専門員証  有効期間満了日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 主任介護支援専門員  研修受講年度 | | | | | | 年度 | | | | | | |
| 主任介護支援専門員  有効期間 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 介護支援専門員取得時の基礎資格 | | | | | | 例：看護師、介護福祉士　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他保有している資格があれば番号に○をつけてください。（複数可）  1.医師　2.歯科医師　3.薬剤師　4.保健師　5.看護師　6.准看護師　7.理学療法士　8.作業療法士　9.社会福祉士  10.介護福祉士　11.歯科衛生士　12.あん摩マッサージ指圧師　13.鍼灸師　14.柔道整復師　15.管理栄養士  16.栄養士　17.精神保健福祉士　18.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現勤務地等  （書類送付先） | 事業所番号 |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
| 名称  法人名 | 事業所名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－  電話　　　　（　　　　）　　　　　　内線（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日中連絡先 | | | | | | | | | | | 電話　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 所属事業所の介護支援専門員数 | | | | | | | | | | | 1.１人　　　2.２人　　　3.３人以上　　(いずれかに○) | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所区分  （該当する番号に○） | | 1.居宅介護支援事業所　　2.小規模多機能型居宅介護事業所　 3.介護老人福祉施設　　4.介護老人保健施設  5.認知症対応型共同生活介護事業所　6.特定施設入居者生活介護事業所　7.地域包括支援センター  8.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業務従事期間  （通算） | 介護支援専門員業務 | | | | ・現在までの経験期間を通算して記入  ・期間は申込日までを含める  ・1ヵ月に満たない場合は切り捨てる。また、病気休業や育児休業等による休職期間は含めない。 | | | | | | | **介護支援専門員証の写しを**  **ここに貼付してください** | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　ヶ月 | | | |
| 主任介護支援専門員業務 | | | |
| 年　　ヶ月 | | | |

※個人情報の取り扱いに関する誓約書(様式３)を添付してください。