

令和7年度千葉県地域包括支援センター職員初任者研修 申込書

市町村名				介護保険担当課			
				担 当 者 名			
				連 絡 先		()	
番号	フリガナ氏名	生年月日	施設名	対象区分	参加回	職種	備考
1				☐ (A) ☐ (B) ☐ (C)	☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回	☐ 社会福祉士 ☐ 保健師等 ☐ 主任介護支援専門員 ☐ 介護支援専門員	
2				☐ (A) ☐ (B) ☐ (C)	☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回	☐ 社会福祉士 ☐ 保健師等 ☐ 主任介護支援専門員 ☐ 介護支援専門員	
3				☐ (A) ☐ (B) ☐ (C)	☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回	☐ 社会福祉士 ☐ 保健師等 ☐ 主任介護支援専門員 ☐ 介護支援専門員	
4				☐ (A) ☐ (B) ☐ (C)	☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回	☐ 社会福祉士 ☐ 保健師等 ☐ 主任介護支援専門員 ☐ 介護支援専門員	
5				☐ (A) ☐ (B) ☐ (C)	☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回	☐ 社会福祉士 ☐ 保健師等 ☐ 主任介護支援専門員 ☐ 介護支援専門員	

【千葉県地域包括・在宅介護支援センター協会 行き】

※5名以上で申し込む場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。

※対象区分欄は、研修実施要項「3 研修対象者」よりあてはまる数字の左側の□に✓記入してください。

※職種欄に記載のない職種は、備考欄に記入してください。

※介護予防マネジメント研修受講対象者が複数いる場合は、優先順位の高い方から名簿に記入してください。

※※第2回・第3回で、サブ会場を選ぶ方は備考欄に記入してください。 例:「サブ会場希望」