令和７年度千葉県介護支援専門員地域同行型研修

受講申込書（受講者用）

**様式１**

（コピー可）

記入日　　令和７年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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） | 事業所番号法人名 |  |  |  | 事業所名 |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |  |
| 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。 |
| 　年　　ヶ月 |

※受講決定後、ご自身の担当する「困っているケース」１事例の居宅サービス計画第１～３表の写し、担当者会議の記録の写し、フェイスシートの写し等を提出していただきます(初日全体研修で使用)。提出するケースについて、あらかじめ御検討ください。詳細は、受講決定通知とともに後日案内します。

※個人情報の取扱いに関する誓約書(様式３)を添付してください。