

平成23年度埼玉県介護支援専門員更新研修
(実務未経験者向け 46時間コース) 受講申込書

事務局使用欄
更新46

埼玉県社会福祉協議会 研修開発部長 あて

平成 年 月 日

以下のとおり更新研修(実務未経験者向け 46時間コース)の受講を申し込みます。

申込者	フリガナ			生年月日	大正			
	氏名	(姓)	(名)	介護支援専門員証 有効期限	昭和	年	月	日
					平成	年	月	日
	介護支援専門員 登録番号							
	Tel	自宅 ()						
		携帯電話 ()						
	勤務先 ()							
	※電話番号等は、日中確実に連絡のとれる番号をご記入ください。							
自宅住所	〒							
希望研修期間	<input type="checkbox"/> 『平成24年1月から3月』			<input type="checkbox"/> 『平成24年4月から6月』				
※どちらかを選択し、 <input type="checkbox"/> 欄にチェックしてください。								
更新研修の一部の課目を受講済みの方は、受講年度、受講済みの課目をご記入ください。								

◆『平成24年1月から3月』を選択した方のみ以下の欄に日程①～⑥の番号をご記入ください。

希望日程	第4・5日	第1希望	_____ 日程	第2希望	_____ 日程	第3希望	_____ 日程
	第6・7日	第1希望	_____ 日程	第2希望	_____ 日程	第3希望	_____ 日程

◆グループ演習実施時のグループ分けを行うための情報として、番号を右枠内にご記入ください。

介護支援専門員試験を受験した際の資格条件(基礎資格)	1医師 2歯科医師 3薬剤師 4保健師 5助産師 6看護師 7准看護師 8理学療法士 9作業療法士 10社会福祉士 11介護福祉士 12視能訓練士 13義肢装具士 14歯科衛生士 15言語聴覚士 16あん摩マッサージ指圧師 17はり師、きゅう師 18柔道整復師 19栄養士(管理栄養士含む) 20精神保健福祉士 21その他相談職 22その他介護職	番号
----------------------------	---	----

◆研修受講にあたり、特別な配慮(手話通訳等)が必要な方は以下にご記入ください。

--

※受講申込の記載事項は、埼玉県介護支援専門員更新研修受講者名簿及び修了証明書発行業務、埼玉県への修了者名簿の提出以外の目的に使用することはありません。

私は、現在の介護支援専門員証の交付を受けてから介護支援専門員として実務に従事したことがなく、本研修を申し込みます。

また、本申込書に記載した事項に誤りはありません。

平成 年 月 日

署名

印

※介護支援専門員の業務に従事したことがある場合は、この研修を修了しても更新要件を満たすことにはなりませんのでご注意ください。