

平成23年度埼玉県介護支援専門員専門研修受講申込書

埼玉県社会福祉協議会 研修開発部長 あて

平成23年 月 日

以下のとおり専門研修の受講を申し込みます。

申込者	フリガナ			生年月日	大正 昭和	年	月	日
	氏名	(姓)	(名)					
	介護支援専門員 登録番号							
	Tel/Fax	自宅Tel () 携帯電話 ()		勤務先Tel ()		※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。		
	住所	〒 市・町・村						
現所属	事業所番号	1	1					
	事業所名	※事業所名は略さずにご記入ください						
	所在地	〒 市・町・村						
介護支援専門員としての実務経験年月				研修前日までに 年 か月 (通算)				

◆受講を希望する日程の番号を記入してください。

専門Ⅰ	第1希望		専門Ⅱ	第1希望		第2希望	第3希望
	第1～3日	日程		第6日	日程	日程	
第4日	日程	第7日	日程	日程	日程		
第5日	日程	第8日	日程	日程	日程		

専門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。

※日程はご希望に添えない場合があります。

※第7・8日は同じコースの日程を選択してください。異なるコースを申込むことはできません。

◆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・専門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、現に介護支援専門員としての実務に従事しており、受講に必要な実務経験期間を満たしているため、本研修に申し込みます。

また、申込書に記載した事項に誤りはございません。

平成23年 月 日

署名

印