

更新Ⅱ 1回目  
(Aコース)の更新用

申込期間:6月15日(月)～6月30日(火)期日厳守

山梨県社会福祉協議会 福祉人材研修課 飯野・津金・宮川 あて

FAX 055-254-1821

令和2年度 山梨県介護支援専門員 専門研修課程・更新研修Ⅱ 受講申込書

次のとおり、令和2年度山梨県介護支援専門員専門研修課程・更新研修Ⅱに受講申し込みいたします。

申込者	フリガナ 氏名 (住民票登録の氏名 をご記入ください。)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	自宅住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※郵便番号も記入してください。				
	自宅 電話 / FAX	電話	( )	/	FAX	( )
	携帯電話番号					
介護支援専門員 登録番号	※8ケタの番号を記載してください。山梨県の場合 19〇〇〇〇〇〇 8ケタの番号が分からない場合はH〇〇-〇〇〇を記入してください <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
介護支援専門員証の 有効期間満了日	年 月 日					
実務(ケアプラン作成業務) 従事状況	該当する項目をいずれか1つ選択し、番号を○で囲んでください。 ①現在、現勤務事業所にて介護支援専門員の実務に就いている(様式一番下の現勤務先を記入してください) ②過去に介護支援専門員の実務に就いた経験がある(事業所名: ) ③介護支援専門員の実務に就いた経験がない					
実務経験期間	介護支援専門員(ケアプラン作成業務)としての実務経験の通算期間を記入してください。 介護支援専門員証交付(資格取得)から申込日現在までの実務経験通算期間 ( 年 か月)					
上記の実務従事状況及び実務経験期間内容に相違ありません。						
受講申込者署名 _____						
資格要件	介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格を記入してください。(例:介護福祉士、看護師など)					
専門研修課程・ 更新研修Ⅱ 研修受講歴	専門研修課程・更新研修Ⅱを修了した年度を○で囲んでください。 なお、山梨県以外の都道府県で修了された方は、修了証明書の写しを申込書に添付してください。 平成28年度      平成29年度      平成30年度      令和元年度					

※ 現在勤務していない個人での申込の方は下記の記入は不要です。

現勤務先	法人名					
	事業所名					
	事業所等住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※郵便番号も記入してください。				
	事業所等 電話 / FAX	電話	( )	/	FAX	( )

※全ての項目に記入してください。記入漏れがあると、受付できないことがあります。※