

平成30年度 山梨県介護支援専門員 再研修・更新研修 受講申込書

次の通り、平成30年度 山梨県介護支援専門員 再研修・更新研修 の受講を申し込みます。

1 該当する研修名を○で囲んでください。

- ・再研修（介護支援専門員証が失効中の方、もしくは研修期間中に失効する方）
- ・更新研修（1年以内に有効期間が満了になる方）

2 以下の欄にご記入ください。

申込者	フリガナ			性別	1. 男性	2. 女性		
	氏名 <small>住民票登録の 氏名・漢字を記入</small>							
	自宅住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		※郵便番号を記入してください。				
	自宅電話/FAX	電話	(<input type="text"/>)	/ FAX	(<input type="text"/>)			
平日の日中に連絡 が取れる電話番号						自宅 / 携帯 / その他 (<input type="text"/>)		
勤務先	勤務先名							
	勤務先住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		※郵便番号を記入してください。				
	勤務先電話/FAX	電話	(<input type="text"/>)	/ FAX	(<input type="text"/>)			
介護支援専門員 登録番号	<input type="text"/>			介護支援専門員 証の有効期限	平成	年	月	日
介護支援専門員 としての実務経験	<small>*介護支援専門員の実務経験</small> がある方は、 <u>通算年月</u> <small>を書いて下さい。</small> <small>_____年_____か月</small>			健康上の理由等で、 受講時の配慮が必要な場合は ○を付けてください。	配慮を希望します (事務局へご相談下さい)			
ケアマネ試験時の 資格要件	1. 医師 2. 歯科医師 3. 介護福祉士 4. 社会福祉士 5. 精神保健福祉士 6. 看護師 7. 准看護師 8. 薬剤師 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. 保健師 12. 栄養士(栄養管理士を含む) 13. 歯科衛生士 14. あん摩マッサージ指圧師 15. 鍼・灸師 16. 柔道整復師 17. 助産師 18. 視能訓練士 19. 義肢装具士 20. 言語聴覚士 21. 1~20に非該当							
介護支援専門員と して実務に就く予定 (希望)	<small>*該当する番号を○で囲んで下さい。</small> 1 本研修修了後、介護支援専門員として従事することが決まっている。 <small>(勤務先名： _____)</small> 2 来年度、配置転換等で従事する可能性がある。 3 機会があれば、従事したいと思っている。(1年以内に) 4 今のところ従事する予定はない。							

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