

令和6年度 千葉県介護支援専門員 専門研修課程 I ・ 更新研修前期 受講申込書

1. 申込研修について

記入日：令和6年 月 日

1) 申し込む研修区分 (初回更新の方が対象です) いずれかに☑					
A	専門研修課程 I	<input type="checkbox"/>	B	更新研修前期	<input type="checkbox"/>
2) 介護支援専門員証の更新 いずれかに☑					
①一度も更新していない ※初回更新である				<input type="checkbox"/>	
②直近の更新を実務未経験者対象の更新研修、または再研修を修了して行った(修了証明書の写しを同封)				<input type="checkbox"/>	
3) 申し込むコース いずれかに☑					
オンラインコース		<input type="checkbox"/>	参集コース		<input type="checkbox"/>

2. 申込者について全てご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日	
自宅住所 ※書類送付先	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>必ず介護支援専門員証の写しを ここに貼付してください</p> <p>登録地が千葉県の方 でないと受講できません</p> </div>				
TEL (自宅)					()
携帯電話					()
介護支援専門員 受験時の基礎資格					
介護支援専門員 としての実務経験	1. 実務従事者(現在実務に就いている) 2. 実務未従事者(現在実務に就いていない)	現在の有効期間内での 実務経験期間	年 月(5/21 時点)		
事業所 区分 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. 地域包括支援センター 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 認知症対応型共同生活介護事業所 8. 特定施設入居者生活介護事業所 9. その他() 10. 就業していない				
勤務先 事業所番号 (10桁)			TEL	()	
事業所名	法人名	事業所名			
所在地	〒 -				

3. 連絡先 (メールアドレス・日中の電話連絡先) について ※オンライン・参集コースとも必ず記入

メールアドレス ※全員記入	_____@_____
※I(エル)と1(イチ)、O(オー)と0(ゼロ)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)、.(ドット)などが分かるように1文字1文字丁寧に記入ください。 ※メール送受信に不具合が発生する可能性があるため、携帯電話キャリアメールのメールアドレスは不可とします。	
日中最もつながる連絡先☑ (当会からご連絡する際の連絡先番号)	上欄の (自宅電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 <input type="checkbox"/> 勤務先電話番号 <input type="checkbox"/> その他の電話番号 <input type="checkbox"/> 番号を記入⇒【 () 】

2 枚目も必ず記入してください。

