

平成 29 年度[上期] 北海道主任介護支援専門員更新研修 受講申込書(a)

◆受講希望者本人が記入して下さい。

(記入日 年 月 日)

申込者	ふりがな							生年	(※西暦)			
	氏名							月日	19	年	月	日
	介護支援専門員証等の情報	介護支援専門員登録番号							※介護支援専門員証及び主任介護支援専門員研修修了証明書のコピーを添付して下さい。			
		証の有効期間満了日	H	年	月	日	主任介護支援専門員研修修了年月日	H	年	月	日	
	就業の有無	(該当する番号を○で囲う) 現在、介護支援専門員として〔1就業している 2就業していない〕										
	自宅住所	〒□□□□-□□□□ 北海道						(市・町・村)				
自宅TEL	- - /携帯電話						- - -					
現在所有する基礎資格 (番号に○を付けて下さい)	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 あん摩マッサージ指圧師 11 はり師 12 きゅう師 13 栄養士・管理栄養士 14 義肢装具士 15 言語聴覚士 16 歯科衛生士 17 視能訓練士 18 柔道整復師 19 社会福祉士 20 介護福祉士 21 精神保健福祉士・相談援助従事者 22 その他介護職 23 その他 ()											
現勤務先	事業所名											
	所在地	〒□□□□-□□□□ 北海道						(市・町・村)				
	TEL/FAX	TEL	- - /FAX						- - ※日中の連絡先を記入			
	事業所の種類 (番号に○を付けて下さい)	1 居宅介護支援事業所 2 特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ○地域密着型サービス事業者[3 小規模多機能型居宅介護 4 看護小規模多機能型居宅介護 5 認知症対応型共同生活介護 6 地域密着型特定施設入居者生活介護 7 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護] ○介護保険施設[8 介護老人福祉施設 9 介護老人保健施設 10 介護療養型医療施設] 11 介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者 ○地域密着型介護予防サービス事業者[12 介護予防小規模多機能型居宅介護 13 介護予防認知症対応型共同生活介護] 14 介護予防支援事業者 15 地域包括支援センター 【その他】16 上記以外の業種に勤務 17 無職,学生,その他										
希望の受講日程 (当てはまるものを○で囲んで下さい)	第1希望	札幌1 札幌2 函館3 帯広4										
	第2希望	札幌1 札幌2 函館3 帯広4 第2希望なし										
	[下期]の申込み	[上期]開催日程が定員漏れにより受講不可となった場合、平成29年度[下期]開催に 1 申込み ⇒ 希望会場〔札幌5 札幌6 旭川〕 2 申込みない										
更新研修・専門研修との併願状況 (該当者のみ当てはまるものを○で囲んで下さい)	平成29年度 介護支援専門員更新研修(実務経験者または未経験者)、専門研修の受講を併願している方へ 併願している研修〔 ①更新(実務経験者) ②更新(未経験者) ③専門研修 〕 「主任更新」が受講決定した場合、①~③を 1 キャンセルする 2 キャンセルしない ※キャンセルする場合は必ず実施機関に連絡して下さい。											
身体障がい等による受講時の配慮	1 要 2 不要	(※1要の場合、内容を具体的に書きください)										

【個人情報について】・本研修の「申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、北海道主任介護支援専門員更新研修及び名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的には使用いたしません。
・本申込書及び受講要件を満たすことを証する書面等の記載内容に不明な点がある場合は、当会から北海道その他の関係機関に照会を行うことがあります。

事務局 使用欄	特記事項	受講決定	受付日	受付番号

※次頁「受講申込書(b)」も必ずご記入下さい。

北海道主任介護支援専門員更新研修 受講申込書(b)

ふりがな	
氏 名	

以下の受講要件B(1)～(5)の中から該当する要件1つを選んで左枠に○を付け、必要事項を記入のうえ証明書類を添付してください(複数に該当する場合はいずれか1つを選んで下さい。)

	(1) ア 介護支援専門員研修の委員の経験		
	(1) イ 介護支援専門員研修の講師・ファシリテーターの経験		
開催年度	平成	年度	
研修名	研修		

	(2) 法定外研修への年4回以上の参加
--	---------------------

(時系列で記載) *6回目以降の研修の記載及び証明書類は無効とします。

回数	開催年月日	研修時間	主催または共催団体(対象の団体を1つ記載)
1	平成 年 月 日	時間 分	
2	平成 年 月 日	時間 分	
3	平成 年 月 日	時間 分	
4	平成 年 月 日	時間 分	
予備	平成 年 月 日	時間 分	

	(3) 日本ケアマネジメント学会での演題発表の経験
--	---------------------------

開催年月日	平成 年 月 日
-------	----------

	(4) 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー
--	--------------------------------

会員番号	
有効期限	平成 年 月 日

	(5) ア 地域包括支援センター従事者(または従事予定者)
--	-------------------------------

地域包括支援センター名	
従事開始(予定)日	平成 年 月 日

	(5) イ 介護支援専門員実務研修の実習指導者
--	-------------------------

	(5) ウ 道が実施する初任介護支援専門員OJT事業のアドバイザー
--	-----------------------------------

	(5) エ 介護支援専門員同行型研修の指導者
--	------------------------

実施期間	平成 年 月 日～ 年 月 日
------	-----------------