**令和７年度**

**介護支援専門員更新研修**

**（実務経験者）**

**《　受　講　申　込　書　》**

**２回目以降の更新**

**こちらの枠内に介護支援専門員証のコピーを**

**貼り付けてください。**

**申込日：令和７年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成  年　　　月　　　日 | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | |
| 自宅住所 | | | | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　）  ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | |
| メールアドレス  フリガナ | | | |  | | | | | | | | | |
| メールアドレス  ※携帯-スマホ不可 | | | | ＠  ※「a（エー）」、「1（イチ）」、「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」**すべてにフリガナ**をつけてください。 | | | | | | | | | |
| 勤務先名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | | | | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | |
| 基礎資格  （該当するものに○をつける） | | | | ア.薬剤師　　イ.保健師　　ウ.看護師　　エ.准看護師　　オ.理学療法士　　カ.作業療法士  キ.社会福祉士　　ク.介護福祉士　　　ケ.社会福祉主事　　 コ.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　 サ.歯科衛生士  シ.栄養士　　ス.精神保健福祉士　　セ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 種別 | | | | 居宅 ・ 施設 ・　包括支援センター | | | | | | 現在の状況 | | | 現任　・　非現任 |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | | | | | | | | | 登録地（都道府県） | | | 実務従事期間 | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | ア．前回の更新後の実務従事期間  　　年　　　　　ヶ月  イ．通算の実務従事期間  　　年　　　　　ヶ月 | |
| 有効期限 | | | | | | | | | 希望コース | | |
| 令和 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ  （いずれかに○をつける） | | |

裏面につづく

**研修受講の要件**（該当する記号に○をつけてください）

|  |
| --- |
| ア　前回の介護支援専門員証の更新の際、専門研修課程Ⅰ及びⅡの課程を修了した  イ　前回の介護支援専門員証の更新の際、実務経験者の更新研修（初回）を修了した  ウ　前回の介護支援専門員証の更新の際、専門研修課程Ⅱ（２回目以降）を修了した  エ　前回の介護支援専門員証の更新の際、実務経験者の更新研修（２回目以降）を修了した |

**過去の研修受講履歴**（修了証明書のコピーを添付すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修名 | 修了年度 |  |
| 専門研修課程Ⅰ | 年度 |
| 専門研修課程Ⅱ | 年度 |
| 更新研修（実務経験者） | 年度 |
| 更新研修（実務未経験者） | 年度 |
| 再研修 | 年度 |
| 主任介護支援専門員研修 | 年度 | 主任有効期限：  令和　　　年　　　月　　　日 |
| 主任介護支援専門員更新研修 | 年度 |

**今年度の他研修の受講希望**

|  |  |
| --- | --- |
| **令和７年度**(９～12月予定)**主任**介護支援専門員**更新**研修の受講希望 | 有　・　無 |

上記に記載した内容は、事実と相違ありません。また、研修実施要領15オンライン研修受講上の注意事項について確認しました。

記載した個人情報を指定研修実施機関が介護支援専門員に関する各種研修業務に利用することについて、承諾します。

氏名（自署）