**令和７年度**

**主任介護支援専門員更新研修**

**受講申込書**

**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。**

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会理事長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | 〒  都道  府県  市区  郡  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（※申込時点で通算） | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | 年　　　　　ヶ月 | |
| 有効期限 | | | | | | | | | 主任研修有効期間満了日 | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |

研修受講の要件（該当する記号に○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ア | 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験が３回以上ある |
| イ | 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年４回以上参加した |
| ウ | 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある |
| エ | 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 |
| オ | 介護支援専門員実務研修実習指導者養成研修を受講し、介護支援専門員実務研修の実習指導を行った |

令和７年度主任介護支援専門員更新研修について、実施要領の内容を理解した上で下記のとおり申込みます。なお、記載した内容は、事実と相違ありません。また、記載した個人情報を指定研修実施機関が「栃木県介護支援専門員資質向上事業実施要綱」に基づき栃木県へ提出することに同意します。

令和７年　　　月　　　日

氏名（自署）