

(様式 1-2) ※提出の際は、お手元に控え（コピー）を残してください。

令和 2 年度静岡県介護支援専門員【専門研修課程 I】受講申込書

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名	(姓)	(名)	連絡先	携帯： 自宅：
※介護支援専門員証のコピーを こちらに貼付してください			介護支援専門員 登録地 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 静岡県 <input type="checkbox"/> 他都道府県 ↓ (以下の該当する方に○) <input type="checkbox"/> 受講地変更 <input type="checkbox"/> 登録地変更 手続き中 ・ 未
前回受講し修了した研修・修了年月日 (受領した研修修了証明書を確認し、記入してください) ※不明の場合は、静岡県介護保険課(電話 054-221-3395)に問 合せ、確認後記入してください。 (問合せ時の県介護保険課電話対応者氏名： 様)			(該当する研修に○) 1. 実務研修 2. 更新研修 A 3. 再研修 修了年月日 (年 月 日)	
現在所持している介護支援専門員証の交付日以降の 実務経験年数 ※令和 2 年 6 月 1 日時点での見込み年数			年 月	
令和 2 年 3 月現在のケアプラン作成担当件数 ※現在実務に就いていない場合は「0」と記入			1. 介護給付 件/月 2. 予防給付 件/月	
※次頁の表 1 から該当するものを選び、番号を記入してください。				
①お持ちの法定資格 (複数回答可)		②勤務先種別 (いずれかを選択)		
現在所持している介護支援専門員証の交付日以降の介護支援専門員としての勤務状況について ※新しい順に記入 <勤務の期間> <勤務先> 年 月～ 令和 2 年 4 月現在				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
障害療養等のため受講時における配慮を希望される場合はご記入ください。				

【個人情報について】受講申込書等に記載された個人情報については、適正に管理を行い、当該研修及び研修事務以外には使用しません。なお、お送りいただいた書類等の返却は致しませんので、予めご了承ください。

<表 1>

①お持ちの 法定資格 (複数回答 可)	<福祉系>	1) 社会福祉士 2) 介護福祉士 3) 精神保健福祉士
	<医師・医療系>	4) 医師 5) 歯科医師 6) 薬剤師 7) 保健師 8) 助産師 9) 看護師 10) 准看護師 11) 理学療法士 12) 作業療法士 13) 視能訓練士 14) 義肢装具士 15) 歯科衛生士 16) 言語聴覚士 17) あん摩マッサージ指圧師 18) はり師・きゅう師 19) 柔道整復師 20) 栄養士 (管理栄養士含む)
	<その他>	21) その他相談職 22) その他介護職

②勤務先種別 (いずれかを 選択)	<居宅系>	1. 居宅介護支援事業所 2. 地域包括支援センター (介護予防支援事業所) 3. 特定施設入居者生活介護 (介護予防を含む) 事業所
	<地域密着型 サービス>	4. 小規模多機能型居宅介護事業所 5. 看護小規模多機能型居宅介護事業所 6. 認知症対応型共同生活介護 (介護予防を含む) 事業所 7. 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 8. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所
	<施設系他>	9. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 10. 介護老人保健施設 11. 介護医療院/介護療養型医療施設
	<その他>	12. 上記以外の勤務先種別