（様式１－１）　　記入日：令和８年　　月　　日

# 令和８年度静岡県介護支援専門員【専門研修課程Ⅰ】受講申込み確認書類

＜受講申込者記入欄＞

| | | |
|---|---|---|
| 受講申込みデータへの入力はお済みですか？<br>※データ入力については、別添2「受講申込みについて」をご参照ください。 | | 申込みデータ入力日：　　月　　日 |
| （ふりがな）<br>氏　　名 | （　　） | 日中連絡先<br>研修日当日の連絡先 |
| 事務局からのメール送受信を希望するメールアドレス※<br>※「受講生本人専用のメールアドレス」が望ましい。（事務局との連絡時の情報保護・漏洩防止のため）<br>@ | | |
| ※介護支援専門員証のコピーを<br>こちらに貼付してください | 介護支援専門員登録番号（8桁） | |
| | 前回修了した研修名<br>（該当に○） | 実務　・　更新Ａ　・　再 |
| | 実務経験(令和８年６月１日までの見込)年数 | 年　　ヶ月 |

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の状況　※新しい順に記入

| ＜勤務の期間＞ | ＜勤務先＞ |
|---|---|
| 現在勤務　　年　　月～令和８年６月１日(見込み) | ： |
| 年　　月～　　年　　月： | |
| 年　　月～　　年　　月： | |

●管理者様・所長様・施設長様へ

下記の項目について確認をお願いいたします。（□にチェックを入れてください）

□「受講申込み等データ」の入力

□　提出物（次の①、②及び※）の確認

□　①様式１－１　受講申込み確認書類

□　②（前回受講した研修の）研修修了証明書のコピー

※ 研修修了証明書を紛失された方のみ、

様式 7-2 研修修了確認依頼書兼修了証明書再発行依頼書

事業所（施設）名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者・所長・施設長様　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※自署の場合は押印不要

●全てにチェックがついたら、別添2「受講申込みについて」に記載の通り、送付してください。

＜受講申込みデータの入力・受講申込み確認書類等送付期間＞
令和８年４月１日（水）９時～４月14日（火）17時必着