

令和3年度 福井県介護支援専門員 再研修/更新研修(未経験者)  
(5月コース) 受講申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会長 様  
みだしの研修を受講したいので申込みます。

申込研修名 (いずれかに○)	<p>1. 再研修 証の有効期間が既に満了している者、または福井県が管理する介護支援専門員名簿に登録されているが証の交付申請をしていない方で、改めて証の交付を望む方 ( ※ 研修最終日までに証の有効期間が満了となる方は再研修を申込みください。 )</p> <p>2. 更新研修(未経験者) 介護支援専門員証の有効期間が令和4年度末までに満了する方等で、現在の証の有効期間内に実務に従事した経験はない、もしくは実務経験が1ヶ月未満で、証の更新を希望する方</p>
-------------------	--

介護支援専門員登録	
登録番号(8桁) (注)証交付を受けていなくても8桁の登録番号があります。分からない方は必ずご自身で福井県長寿福祉課(TEL0776-20-0330)に確認し、記載してください。登録番号の記載がないと、受理できません。	証の有効期限 いずれかにチェック・記載 <input type="checkbox"/> 平成( )年 月 日 <input type="checkbox"/> 証交付を受けていない
フリガナ	生年月日
氏名	昭・平 年 月 日
現住所	〒 - 電話( ) - 日中連絡先(携帯電話等) -
勤務先 (勤務している方のみ記入)	名称 種別 〒 - 電話( ) - FAX( ) -
保有資格 (介護支援専門員除く、該当に○)	介護福祉士 社会福祉士 精神保健福祉士 看護師 保健師 歯科衛生士 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 その他法定資格( )
オンライン研修の参加方法 (いずれかに○)	1. 自施設・自宅等で受講する。 【メールアドレス: @】 ※ スマートフォン・携帯電話からの受講不可。 2. サテライト会場で受講する。
過去の実務従事状況 (いずれかに○)	1. 介護支援専門員業務(ケアプラン作成)に従事したことがない。 2. 介護支援専門員業務(ケアプラン作成)に従事したことがある。 【実務従事期間 約 年 ヶ月(1ヶ月未満は1ヶ月とする)】
介護支援専門員としての予定・希望 (いずれかに○)	1. 従事することが決まっている。(令和 年 月から就業) 2. 配置転換等で従事する可能性がある。(令和 年 月頃) 3. 機会があれば就業したい。(令和 年 月頃を希望) 4. 今のところ従事する予定はない。 5. 分からない。

※令和3年4月23日(金)【必着】で郵送またはご持参ください。

【提出先】〒910-8516 福井市光陽2-3-22

福井県社会福祉協議会 人材研修課 研修グループ