*専門研修の方*

|  |
| --- |
| **令和３年５月７日（金）**必着で郵送または持参してください。＜申込書提出先＞〒910-8516　福井市光陽２丁目３－２２　福井県社会福祉協議会　人材研修課　あて |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） |  |  |  |  |  |  |  |  | 有効期間満了日 | 平成令和 |  | 年　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和平成 |  | 年　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 勤務先 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　　－ＴＥＬ（　　　　－　　　　－　　　　　）　ＦＡＸ（　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 現在の証の有効期間内での実務経験期間 | 　約　 　年　　ヵ月（申込時点） | 通算の実務経験期間 | 　約　　年　　ヵ月（申込時点） |
| 今回の証更新（いずれかにチェック） | □　3回目　・　□　2回目 □　初回 → 課程Ⅰ修了時期　　　　　　年度（今年度申込中の方も年度を記入） |
| 保有資格（該当に○） | 主任ケアマネ　 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(　　　　　 ) |
| 確認事項 | □　受講に際し事例を提出できる。　　　（事例の提出ができない方は研修を受講できません。必ずチェックしてください。） |
| テキスト申込（いずれかにチェック） | 「介護支援専門員研修テキスト専門研修課程Ⅱ(3訂)」（一般社団法人日本介護支援専門員協会）□ 上記テキスト購入を希望する。（税込4,400円）　 ・・・・研修初日渡し□ 上記テキスト購入を希望しない。（自分で調達する）・・・・持参 |

**介護支援専門員　専門研修　課程Ⅱ受講申込書**

* 介護支援専門員として担当しているのは、居宅・施設のいずれの利用者ですか。該当に○をつけてください。

（　居宅　・　施設　）…演習のグループ編成に使います。

* 受講を希望するコース（Ａ～Ｃ）を記入してください。
今年度中に課程Ⅰの修了を見込んで本研修を申込む方は、課程Ⅰ修了日以降のコースを選択してください。

なお、課程Ⅰを修了できなかった場合は、課程Ⅱの申込も取り消されますのでご注意ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第１希望 | 第２希望 |
| 希望コース | 　　　　　　コース | 　　　　　　コース |

※Cコースについては日程が一部変更となっております。要領をお確かめの上ご記入ください。

※　必ず第2希望まで記入してください。

|  |
| --- |
| 事業所管理者・施設長記入欄　　上記の者は、当事業所・施設で**介護支援専門員として実務に従事している**ことを証明します。　　　　　　　　　　　　令和３年　　月　　　日　　福井県社会福祉協議会長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所･施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

*更新研修の方*

|  |
| --- |
| **令和３年５月７日（金）**必着で郵送または持参してください。＜申込書提出先＞〒910-8516　福井市光陽２丁目３－２２　福井県社会福祉協議会　人材研修課　あて |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） |  |  |  |  |  |  |  |  | 有効期間満了日 | 平成令和 | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和平成 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 勤 務 先 |  |
| 受講票送付先 | （　勤務先　・　自宅　）いずれかに○　〒　　　　－ＴＥＬ（　　　　 －　　　 　－　 　　　）ＦＡＸ（　　　　 －　　　 　－　　　 　）日中の連絡先（携帯電話等）（　　　　　－　　　　　－　　　　　　） |
| 現在の証の有効期間内での実務経験期間 | 　約　　 年　　ヵ月（申込時点） | 通算の実務経験期間 | 　約　　年　　ヵ月（申込時点） |
| 今回の証更新（いずれかにチェック） | □　3回目　・　□　2回目 □　初回 → 課程Ⅰ修了時期　　　　　　年度（今年度申込中の方も年度を記入） |
| 介護支援専門員最終実務従事 | □　　　　年　　　月頃まで介護支援専門員の実務に従事していた。□ 現在従事している。 |
| 保有資格（該当に○） | 主任ケアマネ　 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(　　 　　) |
| 確認事項 | □　受講に際し事例を提出できる。　　　（事例の提出ができない方は、研修を受講できません。必ずチェックしてください。） |
| テキスト申込（いずれかにチェック） | 「介護支援専門員研修テキスト専門研修課程Ⅱ(3訂)」（一般社団法人日本介護支援専門員協会）□ 上記テキスト購入を希望する。（税込4,400円）　 ・・・・研修初日渡し□ 上記テキスト購入を希望しない。（自分で調達する）・・・・持参 |

**介護支援専門員　更新研修(経験者)　課程Ⅱ受講申込書**

* 介護支援専門員として主に担当していたのは、居宅・施設のいずれの利用者ですか。該当に○をつけてください。

（　居宅　・　施設　）…演習のグループ編成に使います。

* 受講を希望するコース（Ａ～Ｃ）を記入してください。
今年度中に課程Ⅰの修了を見込んで本研修を申込む方は、課程Ⅰ修了日以降のコースを選択してください。

なお、課程Ⅰを修了できなかった場合は、課程Ⅱの申込も取り消されますのでご注意ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第１希望 | 第２希望 |
| 希望コース | 　　　　　　コース | 　　　　　　コース |

※Cコースについては日程が一部変更となっております。要領をお確かめの上ご記入ください。

※　必ず第2希望まで記入してください。

* 介護支援専門員として従事する予定や希望がありますか。（いずれかに○）

1　 現在、従事している。

2　 今後、従事することが決まっている。 （ 　　年　　月から従業）

3　 配置転換等で従事する可能性がある。 （ 　　年　　月頃）

4　 機会があれば就業したい。

5　 今のところ従事する予定はない。

福井県社会福祉協議会長　様

　介護支援専門員更新研修（経験者）の受講を上記の通り希望します。

　　令和３年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　（印）