

令和元年度 神奈川県介護支援専門員専門研修課程Ⅰ(更新研修56時間) 受講申込書

学校法人 西田学園 アルファ医療福祉専門学校

1. 申込者に関する情報をご記入ください。

申込者	フリガナ					性別	生年月日			
	氏名					男 女	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒								
	自宅電話番号	( )			携帯電話番号	( )				
	介護支援専門員 登録番号									
	登録都道府県					有効期限満了日	令和	年	月	日
現勤務先	事業所名									
	住所	〒								
	電話番号	( )								
事業所番号										

2. 実務経験について (該当する項目をご記入ください)

① 現在、介護支援専門員業務に <u>従事している</u> 場合 → 申込時点における通算実務経験年数を次のア・イより選択してください。	ア 半年未満 イ 半年以上	回答	
② 現在、介護支援専門員業務に <u>従事していない</u> 場合 → いつまで従事していたかをご記入ください。	年 月まで従事		

3. 更新状況について (該当する項目をご記入ください)

ア. 今回は2回目以上の更新で、前回「専門研修課程Ⅰ・Ⅱ」または「更新研修33時間・20時間」を受講し更新した イ. 更新をしたことがあり、前回「実務未経験者向け更新研修」を受講した ウ. 前回資格を失効し、再研修を受講し更新した エ. 資格取得から初めての更新	回答	
--	----	--

※上記アに該当する方は研修課程Ⅰの受講は不要です。イ、ウに該当する場合は、それぞれの修了証明書の写しをご提出ください。

4. 上記3においてイ～エを選択された方へお伺いします  
(該当するものに○をつけ、予定をご記入ください)

ア. 有効期間内に専門研修Ⅱ(更新33時間または56時間)を修了した
イ. 専門研修Ⅱを現在受講中(令和 年 月修了予定)
ウ. 専門研修Ⅱを受講予定(令和 年 月頃受講予定)

5. 演習の際に、事例提出があるため、  
担当している(していた)  
事業所種別をお答えください  
(該当するものに○をつけてください)

居宅	施設	( その他 )
----	----	---------

【個人情報について】

神奈川県介護支援専門員専門・更新研修の「受講申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については適正に管理を行い、当該研修及び修了証明書交付業務の他、研修受講決定の調整に必要な場合は、神奈川県指定の研修実施機関に受講申込者情報の一部を提供することもあります。また、本研修修了後には修了者名簿に記載し神奈川県に報告いたします。

こちらに介護支援専門員証の写しを  
貼り付けてください