

平成 29 年度京都府[主任]介護支援専門員[更新]研修 受講申込書

申込者	ふりがな									
	氏 名	※修了証書に反映される為、楷書でご記入ください								
	生年月日	昭和・平成 年 月 日								
	介護支援 専門員証	登録番号								
		有効期間満了日		平成 年 月 日						
		主任研修の修了日		平成 年 月 日						
基礎資格	※ 受験時にお持ちだった資格や経験を必ずご記入ください (例;介護福祉士、相談援助業務 等)									
自宅	住 所	〒								
	TEL/携帯	- - -				- - -				
勤務先	名 称									
	住 所	〒								
	TEL/FAX	- - -				- - -				
	管 理 者	(役職) (氏名)								
受講要件	要綱を確認の上、当てはまる受講要件□にチェックをしてください									
<input type="checkbox"/> ①研修の企画、講師等の経験					<input type="checkbox"/> ②法定外の研修(年4回計 20 時間以上)受講					
<input type="checkbox"/> ③研究大会等での演台発表					<input type="checkbox"/> ④認定ケアマネジャー					
<input type="checkbox"/> ⑤実務研修における実習の指導(主担当)					<input type="checkbox"/> ⑥都道府県が適当と認める					
勤務状況	次の①②についていずれかにチェックしてください ②はその人数をご記入ください									
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	①現在、地域包括支援センターで主任介護支援専門員として位置づけられている									
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②現在、特定事業所加算を申請済の事業所に勤務している →その事業所の主任介護支援専門員の人数; _____人(受講者本人を含む)									
確認事項	受講に際し、提出いただく指導事例についてチェックしてください									
要素(2つ以上)	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 医療連携 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 社会資源 <input type="checkbox"/> 多様なサービス									
事 例 数	<input type="checkbox"/> 1事例(2要素以上含む) <input type="checkbox"/> 2事例(各 1要素)									
希望コース	第1希望に1、第2希望に2を記入して下さい					連絡先	日中連絡のとれる連絡先に○をしてください			
	Vコース		Wコース				自宅・勤務先・携帯			
備 考										

※提出書類にもれがないか、開催要綱 8.申込方法(1)提出書類を再度ご確認願います。

申込受付期間 平成 29 年 5 月 1 日(月)～平成 29 年 5 月 22 日(月)必着(郵送)