

平成 30 年度京都府介護支援専門員専門研修・実務経験者更新研修〔課程Ⅱ〕受講申込書

申込者	ふりがな								
	氏名	氏名漢字に外字(無・有) ※修了証書に反映されるため、正確に記入してください							
	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			
	基礎資格	※受験時にお持ちだった資格や経験を記入してください(介護福祉士、相談援助業務等)							
	実務経験	現在の勤務先 約		年	ヶ月	総年数 約		年 ヶ月	
	住所	〒							
連絡先 電話番号	※ 日中に申込者本人と連絡のとれる連絡先を記入してください - - (自宅 / 携帯)								
勤務先	名称						<input type="checkbox"/> 勤務先なし		
	種別	※ 実務経験証明書下部記載の種別番号①～⑧のうち、該当する番号にチェックしてください <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧							
	所在地	〒							
	TEL/FAX	- -		- -					
	勤務状況	介護支援専門員として実務に <input type="checkbox"/> 従事している <input type="checkbox"/> 従事していない							
確認事項	希望コース	H 第 希望	I 第 希望	J 第 希望	K 第 希望	L(北部) 第 希望	M 第 希望	N 第 希望	
	実務経験者としての 更新回数	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目以降 ※初めての更新の方は下記もチェックしてください							
		課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 平成__年度修了 <input type="checkbox"/> 平成30年度受講申込済み							
	提出する 事例 (予定)	事例を含む 科目要素	<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 ※2科目以上選択してください						
		事例数	上記で選択した科目の、 <input type="checkbox"/> 2科目以上の要素を含む1事例 <input type="checkbox"/> 単独要素を含む2事例						
※提出される事例は、申込書に記載した科目要素から変更しても問題ありません。									
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ください。

<申込受付期間> 平成 30 年 5 月 1 日(火) ~ 平成 30 年 5 月 22 日(火)必着