

平成 30 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	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
	主任介護支援専門員研修修了日	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記入してください(介護福祉士、相談援助業務等)				
	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	
	所在地	〒				
	TEL/FAX	-	-	-	-	
	管理者	(役職) (氏名)				
	勤務状況	<input type="checkbox"/> 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"/> 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	受講要件	※研修開催要綱 4.受講対象者<受講要件>①～⑤であてはまるものにチェック <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤				
	希望コース	T	U	V	W	X
		第 希望	第 希望	第 希望	第 希望	第 希望
	提出する 指導事例 (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 4 月 2 日(月) ～ 平成 30 年 4 月 24 日(火)必着