

(様式1)

※受付番号

平成31年度 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ【スキルアップ研修】 受講申込書

◆記載要領を確認のうえ、御記入下さい。

介護支援専門員登録番号		根拠資格		有効期間満了日	
				(西暦) 20 年 月 日 (平成 年)	
フリガナ		生年月日			
氏 名		(西暦) 19 年 月 日 (昭和・平成 年)			
フリガナ					
現 住 所		(〒 -)			
		電話 () -		携帯電話 () -	
現 勤 務 先		事業所登録番号			
事業所種別番号 (下の項目で該当する番号)		※①居宅介護支援事業所を選択した方で <u>管理者のみ</u> ○印をしてください。 ⇒ 専 任 ・ 兼 務			
事業所種別		◆ <u>介護支援専門員として従事している事業所番号を選んでください。</u> ①居宅介護支援事業所, ②特養(地域密着型含む), ③老健, ④療養医療, ⑤特定施設(地域密着型・予防含む), ⑥小規模多機能型居宅介護, ⑦認知症対応型共同生活介護(注2), ⑧看護小規模多機能型居宅介護, ⑨地域包括 注1: ②~⑤にかかる短期入所生活介護、短期入所療養介護は 含まない。 注2: ⑦については、介護支援専門員としての位置づけがない方は 含まない。			
勤 務 先 住 所		(〒 -) 電話 () -			
介護支援専門員 実務従事期間		年 月 (申込時点)		取扱 件数	件 (1ヶ月平均)

※欄は記入不要

●介護支援専門員証のコピーを添付してください。

(介護支援専門員証(写)貼付)