

注)確認用としてコピー(控え)  
を取ってからご郵送下さい。

平成27年度介護支援専門員(初回)更新研修(実務経験者)受講申込書

①介護支援専門員登録番号 (登録都道府県名)	(宮崎県・ 都道府県)			
②介護支援専門員有効期間満了日	平成	年	月	日
③氏名(ふりがな)	( )			
④生年月日・性別	昭和・平成	年	月	日 男・女
⑤現住所・自宅電話・携帯電話 ※住所はマンション名及び棟号番号 まで記入	住所	〒	—	
	自宅	—	—	FAX(有・無)
	携帯	—	—	
⑥勤務先	名称			
	住所	〒	—	
	TEL		fax	
⑦連絡先電話番号	TEL	—	—	(自宅・携帯・勤務先・その他)
⑧介護支援専門員受験時の資格	例:介護福祉士・看護師・社会福祉士			
⑨介護支援専門員実務年数	年	か月	(H27.4.1 現在)	
※以前に専門研修を修了された方	課程Ⅰを修了 ・ 課程Ⅱを修了 ← ○で囲む			

※上記①～⑤の項目につきましては、修了証明書発行時に必要となります。

※⑦連絡先電話番号については、申込内容確認等のため確実に連絡がとれる番号をご記入ください。

※以前に専門研修課程ⅠまたはⅡを修了された方は、修了証のコピーを添付してください。

※開催地及び開催日の選択について、裏面にご記入ください。

**1:「専門研修課程Ⅰ」 必修講義・演習(24時間)**

定員の都合上、希望に添えない場合があります。第1希望と第2希望の日程を○で囲んでください。

第1希望	A日程(県央1) ・ B日程(県央2) ・ C日程(県北)
第2希望	A日程(県央1) ・ B日程(県央2) ・ C日程(県北)

**2:「専門研修課程Ⅰ選択」 選択講義(3課目 計9時間)**

(1)希望する課目(日時)を3つ選択し、希望欄に○をつけて下さい。

(2)会場の都合上、課目(日時)を先着順にて調整させていただくことがあります。予めご了承ください。

日時	時間	課目	希望欄
8月8日 (土)	9:00~12:00	⑧リハビリテーション	○
	12:45~15:45	⑩訪問介護・訪問入浴介護	○
	16:00~19:00	⑪訪問看護・訪問リハビリテーション	○
8月9日 (日)	9:00~12:00	⑫居宅療養管理指導	○
	12:45~15:45	⑨認知症高齢者・精神疾患	○
	16:00~19:00	⑬通所介護・通所リハビリテーション	○
8月10日 (月)	9:00~12:00	⑭短期入所・介護保険施設	○
	12:45~15:45	⑮介護保険施設・認知症対応型共同生活介護特定施設入居者生活介護	○
	16:00~19:00	⑯福祉用具・住宅改修	○

**3:「専門研修課程Ⅱ」 必修講義・演習(8時間)**

※必修課目は、開催地(県央・県北)のいずれかを選択し○をつけて下さい。

必修課目	県央 ・ 県北
------	---------

**4:「専門研修課程Ⅱ」 選択講義・演習(12時間)**

※選択課目は、居宅(県北・県央)又は施設(県央)のいずれかを選択してください。

選択課目	居宅(県北) ・ 居宅(県央) ・ 施設(県央)
------	--------------------------

※)定員の都合上、希望に添えないことがあります。受講会場及び日程・課目の決定については、決定通知を持ってお知らせいたします。予めご了承ください。