

令和6年度 更新研修(実務経験者)【88時間用】

受講申込書

1、基本情報

①介護支援専門員登録番号 (登録都道府県名)	8桁								(宮崎県・都道府県)
②介護支援専門員証	※1)交付年月日	令和	年	月	日				
	有効期間満了日	令和	年	月	日				
③介護支援専門員として実務に従事した期間 (R6.4.1 現在)	上記② ※1)交付年月日から _____年____月 ※5年未満								
④氏名(ふりがな)	()								
⑤メールアドレス ※PCアドレス推奨(携帯アドレス不可)	@								
⑥生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日 (男・女)								
⑦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		—	—					
⑧勤務先	名称								
	住所	〒	—						
	TEL				FAX				
⑨連絡先電話番号 ※優先順位の高いものに○してください。	自宅 TEL ・ 携帯 ・ 事業所 TEL								
⑩介護支援専門員を受験した時の基礎となる資格	例:介護福祉士・看護師・社会福祉士								

2、受講希望 希望する日程・コースに○を付けてください。先着順で受け付けますので、希望に添えない場合があります。

専門課程 I	A・B	専門課程 II	第1希望	第2希望	必ず第2希望まで○をつけて下さい。 ○がない場合は、事務局で調整します。
			A・B・C	A・B・C	

3、添付書類 添付する書類に☑して下さい。

初回更新	ア	88時間	<input type="checkbox"/> 添付なし		
2回目以降の更新	ウ	88時間	<input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験者)の修了証明書の写し	いずれかを添付してください	
			<input type="checkbox"/> 再研修の修了証明書の写し		
			<input type="checkbox"/> 3回目以降の更新の方:過去に受講した研修の修了証明書の写し全て		

4、事例

ケアマネジメントの経験があるもの全てに☑を入れてください。事務局で調整後、会場で演習を行う際に事例提供をお願いします。事例の選定にあたっては、プログラムの内容を確認してください。

専門研修 II	<input type="checkbox"/> ⑤脳血管疾患のある方のケアマネジメント <input type="checkbox"/> ⑥認知症のある方及び家族等を支えるためのケアマネジメント <input type="checkbox"/> ⑦大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント <input type="checkbox"/> ⑧心疾患のある方のケアマネジメント <input type="checkbox"/> ⑨誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント <input type="checkbox"/> ⑩看取り等における看護サービスの活用に関する事例 <input type="checkbox"/> ⑪家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント
---------	---

※申込期間 令和6年4月10日(水)消印～令和6年5月10日(金)必着<<FAX不可>>