

令和6年度 介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅱ）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 ※更新対象者(有効期間が概ね令和7年12月末までの方)は、本研修の対象ではありません	※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____か月 ※3年以上～4年未満の方が対象です									
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 ・ 勤務先 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。

第1希望	第2希望	必ず第2希望まで○を付けてください。 ○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 (研修修了証明書の写し ※いずれかを添付してください)

<input type="checkbox"/> 専門研修課程Ⅰ	<input type="checkbox"/> 専門研修課程Ⅱ	<input type="checkbox"/> 更新研修(実務経験者)
----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

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。

<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

更新研修の対象者(有効期間が概ね令和7年12月末までの方)は、この申込書では受付できません
ご自宅に更新研修の案内を郵送しています。更新研修(実務経験者)の受講申込書でお申し込みください。

※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》