

1. 実務従事状況と実務経験年数について、次の①②から該当する項目いずれか 1 つを選択し、記号でご記入ください。

①現在、介護支援専門員業務に従事していない場合 → 介護支援専門員としての実務経験の有無	ア 過去に実務に就いた経験がある イ 実務に就いた経験が全くない	
※上記アの方で申込時点で有効期間満了日まで1年以上ある方、およびイの方は本研修の受講対象とはなりません。ご注意ください。		
②現在、介護支援専門員業務に従事している場合 → 申込時点における介護支援専門員としての通算実務経験年数	ア 半年未満 イ 半年以上3年未満 ウ 3年以上	
※上記アの方で申込時点で有効期間満了日まで1年以上ある方は本研修の受講対象とはなりません。ご注意ください。		

2. 申込者(受講希望者本人)の氏名等をご記入ください。

申込者	フリガナ			性別	生年月日	大正		
	氏名	(姓)	(名)	男 女		昭和	年	月
	自宅TEL	()			携帯電話番号 (ある方のみ)			
	住所	〒						
現勤務先	事業所番号 (実務に就いている場合のみ)	1	4					
	事業所名							
	所在地	〒						
	電話番号	TEL	()	FAX	()			
※電話番号については、申込内容確認等のため、確実に連絡のとれる番号(昼間連絡先)をご記入ください。								
介護支援専門員 新登録番号						登録都道府県	都・道・府・県	
	介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書の写しを必ず添付してください。 新登録番号が記載された書類の写し(登録番号等通知書等)を添付してください【重要】							
有効期間満了日	平成	年	月	日				

3. 希望する科目の組み合わせを次の 1、2 どちらかを選択し番号でご記入ください。

1 「居宅介護支援」事例研究／「居宅介護支援」演習 2 「施設介護支援」事例研究／「施設介護支援」演習	
--	--

4. 神奈川県において平成 16・17 年度に実施した旧専門研修課程修了者は、専門研修課程Ⅱ・更新研修 20 時間(専門Ⅱ相当)に一部免除科目があります。

過去にいかなる研修を修了していても、専門研修課程Ⅱを修了したとはみなされません。

すでに修了している場合				これから受講する必要がある場合 (当てはまる箇所記入)			
修了年度	都道府県名	修了課程	修了証番号	これから申込予定の場合、申込予定の研修事業者及び受講予定時期		今年度は受講しない場合、受講予定時期	
H 年度				H 年 月	H 年 月	H 年 月	H 年 月

5. 過去の資格更新の有無・更新研修の状況をご記入ください。 6. 身体障害等のため配慮を希望される方はご記入ください。

有 (更新年:平成 年) 無	有の方のみ該当に√(前回更新研修修了状況) <input type="checkbox"/> 実務未経験者向更新研修 <input type="checkbox"/> 再研修 <input type="checkbox"/> 専門又は実務経験者向更新研修	要	(内容)
-------------------	---	---	------

※必ず郵送でお申し込みください(電話、ファクス等は不可)

【問合先】 アルファ医療福祉専門学校
〒194-0022 町田市森野 1-7-10
TEL : 042-729-1026

【個人情報について】 神奈川県介護支援専門員専門・更新研修の「受講申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、当該研修及び修了証明書交付業務以外の目的に利用することはありません。また、本研修修了後には、修了者名簿に記載し、神奈川県へ報告いたします。