

*提出先：(一社)山口県介護支援専門員協会
〒753-0072
山口市大手町 9-6 社会福祉会館 4 階
*提出締め切り：7月1日(月)必着

令和6年度

山口県介護支援専門員更新研修（実務経験なし）・山口県介護支援専門員再研修
受 講 申 込 書

◇必要事項を記入し、該当する項目に○印をつけてください。

申込者	フリガナ									生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日						
	氏名	(姓)	(名)														
	連絡先	自宅 TEL							携帯電話								
	メールアドレス																
	住所	(〒 -) 県															
現勤務先	事業所名										施設種別						
	所在地																
	TEL/FAX	TEL									FAX						
	現在の役職名または職種								介護支援専門員としての実務経験の有無					有 ・ 無			
	基礎資格※1								介護支援専門員としての実務年数(過去5年間)					年 か月			
介護支援専門員登録番号										登録都道府県							
		※証の交付を受けている方は、必ず介護支援専門員証のコピーを添付してください。															
有効期間満了日		令和 年 月 日							受講回数				初回 ・ 2回目以降				
該当する研修 ※2		介護支援専門員更新研修(実務経験なし)								介護支援専門員としての就業予定				令和6年度中に就業予定あり			
														就業予定なし			
		介護支援専門員再研修								希望コース※3 特定一般教育訓練の受給				A ・ B ・ 不問			
														あり ・ なし			
テキスト購入 ※4		購入する								オンライン環境不可 ※5				動画視聴			
		購入しない												zoom 演習(Bコースのみ)			

※1 基礎資格：介護支援専門員実務研修受講試験時の基礎資格を記入（例：看護師、社会福祉士、理学療法士等）
 ※2 更新研修（実務経験なし）受講（介護支援専門員証の有効期限が令和8年3月31日までの者が対象）
 再研修受講（介護支援専門員登録証有効期限が既に切れている。または研修中に切れる。）
 ※3 優先順位、先着順となるため、必ずしも希望コースになるとは限りませんのでご了承ください。
 ※4 受講が決定したと同時にテキストの発注をしますので、テキストのキャンセルはできません。
 また追加申込の際には到着日数が掛かりますのでご了承ください。
 ※5 環境が整わない方へは受講決定通知後、個別にご連絡いたします。動画配信部分の会場受講は、
 別途（山口県社会福祉会館）で7日間程度の動画視聴日をご案内いたします。zoom 演習部分（B
 コースのみ）4日間含め、会場は全て山口県社会福祉会館になります。

【個人情報取り扱いについて】

本申込書等各種添付書類に記載された個人情報、適正に管理を行い、本研修の事業運営に関わる
こと及び名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的に利用することはありません。