

(様式1)

※ホームページ掲載のワード様式をダウンロードしパソコンで作成いただくことを推奨します

受付番号

令和7年度 香川県介護支援専門員更新研修(実務未経験者) 受講申込書

◆記載要領を確認のうえ、ご記入下さい。

*研修部で **コース指定・受講決定** をしますので、☐ のどれか **1つ** にチェックを付けてください。

☐ Aコース・Bコースの どちらの日程でも 受講できる

☐ Aコースのみ 受講できる

☐ Bコースのみ 受講できる

介護支援専門員登録番号		根拠資格		有効期間満了日		
				(西暦) 20 年 月 日 (平成・令和 年)		
フリガナ				生年月日		
氏 名				(西暦) 年 月 日 (昭和・平成 年)		
フリガナ						
現住所		(〒 -)				
		電話() -		携帯電話() -		
		日中つながる電話番号(必須):() -				
アドレス フリガナ						
オンライン研修 登録メールアドレス		※Cisco webex 招待メール、研修部からのお知らせ等は上記登録メールに送信します。				
現在の勤務先		(〒 -) 電話() -				
介護支援専門員実務 経験の有無		①() 実務未経験				
		②() 実務経験あり				
		【介護支援専門員実務従事期間等(員証の有効期間内のみ)】 令和7年10月1日現在				
		従事期間		従事年数	事業所名	事業所種別※
		合計 : 年 ヶ月(介護支援専門員実務従事期間)				
		年 月～ 年 月		年 ヶ月		
		年 月～ 年 月		年 ヶ月		
年 月～ 年 月		年 ヶ月				
		※事業所種別は、記入要領の①～⑩から選択すること。				
受講地変更の連絡		(※現在の登録地が香川県外の方のみご記入ください。) 登録都道府県への受講地変更希望の連絡 【 済 (都道府県)】				

※ 介護支援専門員証の写しを添付すること

令和7年度 香川県介護支援専門員更新研修(実務未経験者) 受講申込書記入要領

受講申込書記入にあたっては、下記を参照の上パソコン入力してください。

受付番号	記入しないでください。
*受講コース	① 受講コースは、研修部で指定します。 ただし、【受講申込書】の「Aコースのみ 受講できる」や「Bコースのみ 受講できる」にチェックを付けて、コースを指定した場合には、希望のコースの中で、上記①を優先し、受講決定します。 ② 定員を設定しているため、他コースへの受講日等の変更はできません。
介護支援専門員 登録番号 有効期間満了日	介護支援専門員証に表示している番号を記入してください。 介護支援専門員証の有効期間満了日を記入してください。
根拠資格	<u>介護支援専門員実務研修受講試験申込時、記載した資格を記入ください。</u> 例：医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、相談援助業務 等
氏 名	介護支援専門員証に記載されている氏名を記入の上、必ずフリガナも記入してください。
生年月日	西暦で記入してください。（ ）の元号・年も記入してください。
現住所	必ずフリガナも記入し、市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）〇〇様方まで正確に記入してください。<u>受講決定通知書、研修資料等は、現住所に郵送します。</u>また、<u>郵便番号、電話番号（特に日中つながる電話番号は必須）も忘れずに記入してください。</u>
オンライン研修登録メールアドレス	オンライン研修（eラーニング、CiscoWebex Webex ミーティング）を受講するためのユーザ ID やパスワード、ミーティング招待 URL 等を送付するので、必ず記入してください。（eラーニング ID は所属に関係なく一人につき1アカウントずつ設定します） メールアドレスは個人用、所属用等、特に指定はありませんが、研修部からのお知らせ等を送信しますので、<u>受講者がメールを確認できるものを推奨</u>します。 <注意！>英数字（大文字、小文字、0（オー）と0（ゼロ）等）や記号（アンダーバーとハイフンの区別等）は正確にかつ判別がつくように記入してください。 なお、アドレス入力時に頭文字が自動的に大文字に変換される場合がありますので、注意してください。
現在の勤務先	現在の勤務先名称について、省略せずに正確に記入してください。

介護支援専門員 実務経験の有無	令和7年10月1日現在で記入してください。 ①「実務未経験」 介護支援専門員証の有効期間内に一度も介護支援専門員の業務をしていない方 ②「実務経験あり」 <u>介護支援専門員証の有効期間内に介護支援専門員の業務に従事していた方。</u> 期間及び事業所名を記載してください。複数ある場合は、合計年数を記入して下さい。
介護支援専門員 実務従事期間等	介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、<u>介護支援専門員として就労したものです。</u>事業所種別欄には①～⑩の番号を記入してください。 ①居宅介護支援事業所 ②特別養護老人ホーム ③介護老人保健施設 ④介護医療院 ⑤介護療養型医療施設 ⑥特定施設（地域密着型・予防を含む） ⑦小規模多機能型居宅介護 ⑧認知症対応型共同生活介護 ⑨看護小規模多機能型居宅介護 ⑩地域包括支援センター ※1：上記の事業所又は施設で就労していた場合でも、単に、要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合や利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行っていた等で<u>サービス計画の作成を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません。</u> ※2：指定居宅介護支援事業所においては、基準上、常勤専従の管理者を置くこととなっており、当該管理者については、実務経験があると認められます。 ※3：②～⑤にかかる短期入所生活介護、短期入所療養介護は含みません。
受講地変更の連絡	現在、登録地が香川県外の者のみ記入してください。 研修受講前までに「受講地変更申請」していただく必要がありますので、登録都道府県に連絡してください。