

介護支援専門員証更新のための研修履歴照会票

所属事業所名	
電話番号	()
FAX番号	()

本紙に必要事項をご記入の上、下記ファックス番号までお送りください。
後ほど本紙で折り返しファックス回答いたします。

No.	氏名	生年月日	証番号(8桁)	有効期間満了日	今回の更新回数	ケアマネ実務 経験の有無	今回の更新に必要な研修受講履歴 ※本会で記入します。	有効期限までに受講が必要な研修 ※本会で記入します。	通信欄 ※本会で記入します
1					1回目・2回目	有・無	専門Ⅰ(H 年度) 専門Ⅱ(H 年度) 更新研修(実務未経験者対象) 再研修 全て修了なし	専門Ⅰ・Ⅱ両方 専門Ⅰのみ 専門Ⅱのみ 更新研修(未経験者対象) 再研修 全て受講必要なし	
2					1回目・2回目	有・無	専門Ⅰ(H 年度) 専門Ⅱ(H 年度) 更新研修(実務未経験者対象) 再研修 全て修了なし	専門Ⅰ・Ⅱ両方 専門Ⅰのみ 専門Ⅱのみ 更新研修(未経験者対象) 再研修 全て受講必要なし	

【FAX送信先】 愛媛県社会福祉協議会 地域福祉部 福祉人材課 089-921-3398