

令和 7 年度 介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅰ】
受 講 申 込 書

1. 基本情報

記入日 令和7年 月 日

フリガナ		生年月日	
受講者氏名		昭和 平成	年　月　日
介護支援専門員証番号（８桁）		従事状況	現在、介護支援専門員として 従事している ・ 従事していない
介護支援専門員証交付年月日	年　月　日	現在の証の有効期間内の実務経験年数（介護支援専門員として）	年　か月 ※令和7年3月末現在で計算してください。
介護支援専門員証有効期間満了日	年　月　日	介護支援専門員としての実務経験年数（通算）	年　か月 ※令和7年3月末現在で計算してください。
介護支援専門員以外の国家資格 ※該当に○印を記入	①医師　②歯科医師　③薬剤師　④保健師　⑤助産師　⑥看護師　⑦准看護師　⑧理学療法士 ⑨作業療法士　⑩視能訓練士　⑪義肢装具士　⑫歯科衛生士　⑬言語聴覚士 ⑭あん摩マッサージ指圧師　⑮はり師、きゅう師　⑯柔道整復師　⑰栄養士　⑱社会福祉士 ⑲介護福祉士　⑳精神保健福祉士　㉑その他（相談援助業務 ・ 介護業務従事者　）		
主任介護支援専門員資格取得状況 ※該当に○印を記入	取得している→（主任有効期間　令和　年　月まで） 取得していない→（R7受講予定・R8受講予定・受講の予定なし）		
郵送物送付先	①事業所　　　②自宅		
所属事業所 ※所属していない場合は「なし」と記入	事業所名		
	現在の職種		
	所在地等	〒　　— 電　話（　　）　　— 携　帯　電　話（　　）　　—	
自宅住所等 ※郵送物送付先が事業所の場合は省略可	〒　　— 電　話（　　）　　— 携　帯　電　話（　　）　　—		
介護支援専門員証写し貼り付け欄	介護支援専門員証(写し) を貼り付けてください。 (バーコードが読み取れるように)		

※記入欄は裏面へ続きます

2. 受講研修について

今回申込の研修の種類を選んで○印を記入してください。

介護支援専門員 <u>専門</u> 研修	原則として、介護支援専門員として実務に従事しており、就業後6か月以上の者
介護支援専門員 <u>更新</u> 研修	実務経験者で介護支援専門員証の有効期間が概ね1年以内に満了する者

3. 受講日程等について

	A 日程 5/17 (土)	B 日程 5/18 (日)
1 日目の日程について		
	受講が可能な日に○印・受講できない日に×印を記入してください。 空欄の場合は、受講できるものとみなします。	
提出課題事例種別 ※該当する種別に○印を記入	【居宅（ 予防 ・ 居宅 ・ 小規模多機能型 ）】 【施設（ 特養 ・ GH ・ 老健 ・ 療養 ・ 特定 ・ 有料 ）】	
【研修課程Ⅱ】 の受講予定	令和7年度受講予定	
	令和8年度以降受講予定	
本会を通しての テキスト購入希望 ※テキストは必須です。	購入を希望する (郵送物送付先へ郵送)	※希望する場合は、業者に送付先の情報提供を行います。 ※受講決定後のキャンセルはできませんのでご了承ください。
	購入を希望しない	※受講にあたり、テキストは必要ですので、eラーニング 受講開始までにご準備ください。
テキスト請求書 (インボイス対応) ※未記入の場合は、必要 なしとみなします。	必要⇒請求書宛名（ ） 請求書の再発行はできかねますので、宛名は必ず事業所等に確認をしてからご記入ください。	
	必要なし	

事務局	愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課（担当：平田・渡邊・久保） 〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号 愛媛県総合社会福祉会館2階 TEL 089-921-8359 / FAX 089-921-3398 Eメール caremane@ehime-shakyo.or.jp / URL https://www.ehime-shakyo.or.jp
-----	---

受講決定時研修(県社協記入欄)

専門研修 ・ 更新研修