表面

令和７年度 介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅱ】
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 ※該当に〇印を記入	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 ※該当に〇印を記入	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（　）　－	
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

裏面

2. 受講研修について

今回申込の研修の種類を選んで〇印を記入してください。

	介護支援専門員**専門**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３年以上の者
	介護支援専門員**更新**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

受講日程	１クール	２クール	３クール	４クール
	受講が可能なクールに〇印・受講できないクールに×印を記入してください。 空欄の場合は受講できるとみなします。			
提出課題事例種別 ※該当にする種別に〇印を記入	【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　）】			
提出可能事例の領域 ※８項目すべての欄に記入すること。 提出可能な領域に〇、提出できない領域に×を記入 ※【記入方法】を必ずご確認ください。		家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携		心疾患のある方のケアマネジメント
		生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント		誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
		大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント		認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
		脳血管疾患のある方のケアマネジメント		看取り等における看護サービスの活用に関する事例
【研修課程Ⅰ】受講状況		令和７年度受講予定		
		受講済み→（　　年度受講） 愛媛県以外で受講している場合は【研修課程Ⅰ】の修了証のコピーを添付してください。		
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：渡邉・平田・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