

令和8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8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 月 日	※令和8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 月 日	※令和8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→（R8受講予定・R9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)				

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

1日目の日程 について	A日程 5/16 (土)	B日程 5/17 (日)
	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8年度受講予定	
	令和9年度以降受講予定	

4. 同意書の確認について

(必ず別紙「介護支援専門員法定研修受講における同意書」を読んで、☑を入れてください)

別紙「介護支援専門員法定研修受講における同意書」について内容を確認し、理解しました。

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