※内容をよく確認し、太線枠内は全てご記入ください。記入漏れがあると、受付できない場合があります。

FAX 不可。必ず簡易書留で送付願います。２月 20 日消印有効

令和５年度介護支援専門員更新研修Ｂ・再研修　受講申込書

フリガナ 申込者氏名(**必須**)		性別 (**必須**)	男・女	生年 月日 (**必須**)	昭和 年　月　日 平成
自宅住所 (**必須**)	〒　－			電話 番号 (**必須**)	※1
通知等希望送付先 自宅か勤務先かを〇で囲んでください(**必須**)	1　自宅 2　勤務先　※2	勤務先名称			
勤務先住所	〒　－			勤務先 連絡番号	TEL FAX
メールアドレス (**必須**)	@				

介護支援専門員登録番号(**必須**) (原則、兵庫県で登録した方は 28 からはじまる８桁の番号)※３								登録都道府県	介護支援専門員証有効期間の満了日※４ (**必須**)
								兵庫県	返納・紛失・有効期間満了済の場合も満了日をご記入ください 年　月　日

申込研修種別 (**必須**) 研修名及び再研修の方は⓪～ⓒを〇で囲んでください	**更新研修Ｂ**（・現在の証の交付を受けてから実務に従事した経験がない） 実務とはケアプラン・予防プランの作成、また居宅の介護支援事業所管理者です。	※実務経験がある場合、他の更新研修の対象です
	再 研 修 ※5	ⓐ証の有効期間が満了している ⓑ第9回目（最終回）までに証の有効期間が満了する ⓒ証の交付を受けず、登録後５年が経過した

私は開催要項及びフローチャートを確認し、本研修の受講対象に間違いありません。 ⇒間違いないならば「はい」の文字を〇で囲ってください。(**必須**)	はい・いいえ

※１　日中連絡が取りやすい番号をご記入ください。

※２　受講決定通知送付を勤務先に希望の場合は、勤務先名称・住所及び連絡番号(TEL・FAX)の記入が必要です。

※３　平成 17 年度までの登録の方で旧番号(５・６桁)しかわからない場合は、８桁の番号を兵庫県高齢政策課に確認したうえで記入してください。必ずしも 28+旧番号ではありません。また、証の返納・紛失により不明の場合も確認が必要です。【兵庫県高齢政策課メールアドレス：　koreiseisaku@pref.hyogo.lg.jp 】

※４　証の表記のとおり記入してください。

※５　ⓒの方は登録日を介護支援専門員証有効期間の満了日として記入してください。

■受講希望コース【講義日程】e ラーニングの受講環境がなく、研修センターにて受講希望の方のみどちらかに〇
（e ラーニングによる受講を希望する場合は記入不要）

第１希望	第２希望
Ｂ　・　Ｃ	Ｂ　・　Ｃ

■受講希望コース【演習日程】　※開催要項を参照し、数字(①～⑦)を記入してください。

第１希望	第２希望	第３希望	第４希望	第５希望	第６希望

本センターより申込内容を確認する場合があるため、申込書の写しは受講決定通知が届くまで保管してください。

(送付先)〒650-0004　神戸市中央区中山手通７-28-33
兵庫県社会福祉協議会　福祉人材研修センター　研修推進部