**送信先FAX：078-367-4522** 　　　　令和　　年　　月　　日

**令和６年度施設ケアマネジメント研修受講申込書**

兵庫県社会福祉協議会

福祉人材研修センター所長　様

下記のとおり申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | 男　・　女  その他 | | 昭和  平成　　年　 月　 日 | |
| 介護支援専門員証番号 |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | 登録の都道府県 | | |  |
| 兼務業務（主な業務） |  | | | | | | | | | | | 介護支援専門員実務経験年数【通算】 | | | 年　　ヶ月 |
| 電話番号  ※日中連絡可能な番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員  以外の資格取得状況  (該当資格に○を記入) | １．社会福祉士　　２．介護福祉士　　３．精神保健福祉士　　４．看護師・准看護師  ５．保健師　　６．理学療法士　　７．作業療法士  ８．その他（　　　　　　　　　　）　９．特になし | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業者番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属施設  種　別  (該当施設に○を記入) | １．介護老人福祉施設　　２．介護老人保健施設　　３.介護医療院  ４．特定施設入居者生活介護　　５．認知症対応型共同生活介護  ６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先  住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ： | | | | | | | | | | ＦＡＸ： | | | | |
| フリガナ | ＠ | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | ＠ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望コース  （第２希望までご記入ください） | **第１希望** | | | **第２希望** | | | 施設ケアマネジメント研修テキストの購入  （いずれかに○を記入） | | | | | | 要　・　不要(購入済) | | |
|  | | |  | | |

<<記入時の注意事項>>

＊本会から確認する場合がありますので、受講決定通知が届くまで申込書は手元に保管してください。

＊２名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、１人につき１枚ご記入ください。

＊介護支援専門員実務経験年数欄は、「ケアプラン作成」に従事した実務年数をご記入ください。

＊介護支援専門員証番号とメールアドレスは、特に間違いがないよう、正確に記載してください。

**申込み締切：~~令和６年１２月２０日（金）~~**令和７年１月２４日（金）必着

**FAX：０７８-３６７-４５２２（福祉人材研修センター）**