令和７年度 群馬県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和７年度群馬県主任介護支援専門員研修について、研修案内の内容を了解した上で、

下記のとおり申し込みます。

管理者氏名　　　　 　　　　　　　　　　　　印　※管理者の方が内容を確認し、**署名・捺印(個人印不可)の上**ご提出ください

１　受講希望者について　　　　　　　　　　　　記入日　　令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 講 希 望 者  | フリガナ | 　 | 性　別 | 男　　・　　女　　・　 未回答 |
| 氏　名 | 　 | 生年月日 | 昭和平成 | 年　　　 月　　　　日 |
| 住　所 | 〒 　　- | 自宅電話 | -　　　　　- |
| 携帯電話 | -　　　　　- |
| **受講要件に該当**する介護支援専門員の実務経験 | 　　　　　　　　年　　　 　　か月※実務経験の基準日は令和7年３月３１日現在で算定。また、１か月に満たない端数は切り捨ててください。 |
|  勤 務 先 | 事業所名 | 　　 |
| 所在地 | 〒　　　　　　　-　　　　　　　　 |
| 電話番号 | -　　　　　　　- | 会社携帯 | * -
 |

※管理者氏名は現在の事業所の管理者で結構です。（法人代表者でなくても可、出向の場合は出向先）

申込者が管理者の場合ご自身の署名になります。

※勤務先は、申し込み時点の勤務先を記入してください。異動予定がある方は、フォームに記載欄があります。

**２　介護支援専門員証の添付**

介護支援専門員証(写し)を枠内に貼付してください

**３　介護支援専門員としての実務従事期間（常勤・非常勤、専従・兼務）の詳細**

＊令和7年3月31日までの介護支援専門員として勤務したすべての期間を記入し、雇用形態に必ずチェックを入れてください。欄が不足する場合はコピーをしてください。※勤務期間は和暦で記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務期間 | 勤務先名 | 雇用形態 |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　年　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　　　年　　　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間　 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　年　　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間　 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　年　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間　 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　年　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間　 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　年　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間　 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | 　年　か月 | ・事業所名[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]・別紙【受講対象者について】内の【対象事業所等一覧】①～⑩の番号をご記入ください。[　　　　　] | □常勤□非常勤週　　時間　 | □介護支援専門員専従□介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 合　　　計(令和7年3月31日現在） | 　年　　　か月 | （内訳）　　 | 常勤専従　　 |  | 　　　　　年　　　　　か月 |
|  | 常勤兼務　 |  | 　　　　　年　　　　　か月 |
|  | 非常勤専従 | （週　　　時間）　 | 　　　　　年　　　　　か月 |
|  | 非常勤兼務 | （週　　　時間）　 | 　　　　　年　　　　　か月 |

個人情報について：受講申込書および添付書類の記載事項は、群馬県主任介護支援専門員更新研修の運営、受講資格確認、名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用いたしません。