

# 令和5年度千葉県介護支援専門員

2 枚中 1 枚目

## 専門研修課程 I・更新研修前期 受講申込書

記入日：令和5年 月 日

1. 該当するものにチェック☑してください。

|                                |          |                          |                          |
|--------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| 1) 申し込む研修区分（初回更新の方が対象です）いずれかに☑ |          |                          |                          |
| A                              | 専門研修課程 I | <input type="checkbox"/> | B                        |
|                                |          |                          | 更新研修前期                   |
|                                |          |                          | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 2) 介護支援専門員証の更新 いずれかに☑                           | チェック                     |
| ①一度も更新していない ※初めて更新する                            | <input type="checkbox"/> |
| ②直近の更新を実務未経験者対象の更新研修、または再研修を修了して行った             | <input type="checkbox"/> |
| ※お申込の際は、実務未経験者対象の更新研修、または、再研修の修了証明書の写しも送付してください |                          |

|                   |                          |       |                          |
|-------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 3) 申し込むコース いずれかに☑ |                          |       |                          |
| オンラインコース          | <input type="checkbox"/> | 参集コース | <input type="checkbox"/> |

2. 申込者について全てご記入ください。

|                           |  |  |                |
|---------------------------|--|--|----------------|
| フリガナ                      |  | 性別   | 生年月日           |
| 氏名                        |  | 男・女  | 昭和<br>平成 年 月 日 |
| 自宅住所<br>※書類送付先            | 〒 -  | <p>必ず介護支援専門員証の写しをここに貼付してください</p> <p><u>登録地が千葉県の方</u><br/><u>でないと受講できません</u></p>  |                |
| TEL (自宅)                  | ( )  |  |                |
| 日中連絡のとれる電話番号 (携帯電話等)      | ( )  |  |                |
| 介護支援専門員受験時の基礎資格 (例:介護福祉士) |  |  |                |
| 介護支援専門員としての実務経験           | 1. 実務従事者 (現在実務に就いている)<br>2. 実務未従事者 (現在実務に就いていない) | 現在の有効期間内での実務経験期間   | 年 月 (5/1 時点)   |
|                           | *実務未経験者は受講対象外です。                                 |  |                |
| 勤務先                       | 事業所区分  | 1. 居宅介護支援事業所 2. 小規模多機能型居宅介護事業所 3. 地域包括支援センター<br>4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 認知症対応型共同生活介護事業所<br>8. 特定施設入居者生活介護事業所 9. その他( ) 10. 就業していない |                |
|                           | 事業所番号 (10桁)                                      |  | TEL ( )        |
|                           | 事業所名   | 法人名  | 事業所名           |
|                           | 所在地  | 〒 -  |                |

2 枚目も必ず記入してください。



## 3. メールアドレス・オンライン環境等について

※**参集の場合も**資料の送付や動画視聴等の案内をメールで送るためメールの使用が必須となります。

|  |   |  |
|--|---|--|
| メールアドレス<br>※全員記入   | _____@gmail.com<br>必ず Gmail アドレスをご登録ください。 |  |
| <b>メールアドレスを記入する際の注意点</b>   |   |  |
| <p>※I(エル)と1(イチ)、O(オー)と0(ゼロ)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)、.(ドット)などが分かるようにご記入ください。<br/>         ※参集コースを希望する方も必ずご記入ください(資料の送付等はメールで行います)。<br/>         ※メール送受信に不具合が発生する可能性があるため、携帯電話キャリアメールのメールアドレスは不可とします。<br/>         必ず Gmail のアドレスをご登録ください。</p> |   |  |
| <p>本研修を受講するにあたり、皆様の環境をお聞きします。現段階で予定している環境について記入してください。<br/>         ※受講が確定した段階で再度お聞きすることもありますことをご承願います。</p>  |   |  |
| 該当する番号に○を、□に✓を入れてください。   |   |  |
| 1) 本研修で使用できるパソコンの有無  | 自宅  | 1. あり                      2. なし                                   |
|  | 職場  | 1. あり                      2. なし                                   |
| 2) 1) 以外であなたが自由に使えるパソコン<br>はありますか※Zoom が可能な PC   | 自宅  | 1. あり(    台)              2. なし                                    |
|  | 職場  | 1. あり(    台)              2. なし                                    |
| 3) インターネット回線の有無<br>※該当するものに☑   | 自宅  | 1. あり(有線□・無線□)    2. なし  |
|  | 職場  | 1. あり(有線□・無線□)    2. なし  |
| 4) Zoomの経験の有無(過去1年間)   |   | 1. あり(    回程度)    2. なし  |
| 5) 職場に法定研修をオンラインで受講した人は<br>いますか  |   | 1. いる                      2. いない                                  |
| <b>オンラインコースの方のみ</b>  |   |  |
| 6) 研修を受講する場所はどちらですか  |   | 1. 自宅                      2. 職場<br>3. その他(                      ) |
| <b>参集コースの方のみ</b>   |   |  |
| 7) あなたが参集コースを希望する理由(必須)  |   |  |

## 4. 備考

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 特定一般教育訓練給付金制度の申請有無 | 1.あり(申請済□ 申請予定□)    2.なし |
|--------------------|--------------------------|

## 5. 備考

|  |
|--|
|  |
|--|