

※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14日消印有効

令和7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○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ご記入ください 年 月 日	
申込研修種別 (必須) 研修名を○で囲んで ください 再研修の方は①～⑤ のいずれかにチェッ クを入れてください	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) 実務には、ケアプラン・予防プランの作成経験、また、居宅介護支援事業所 管理者としての経験も含まれます。 再研修 ※5 <input type="checkbox"/> ①証の有効期間が満了している <input type="checkbox"/> ②第9日(最終)までに証の有効期間が満了する <input type="checkbox"/> ③証の交付を受けずに、登録後5年が経過した			※実務経験がある場合、 他の更新研修の対象です。	
開催要項及びフローチャートを確認した結果、本研修の受講対象者に間違いありません。 ⇒間違いなければ「はい」の文字を○で囲ってください。(必須)					はい・いいえ

※1 日中に連絡が取れる番号をご記入ください。

※2 受講決定通知の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 必ず8桁の番号を記入してください。証の返納・紛失等により番号が不明な方は、兵庫県福祉部高齢政策課へ確認の上記入してください。

【兵庫県福祉部高齢政策課メールアドレス：koreiseisaku@pref.hyogo.lg.jp】

お問い合わせの際は、登録番号、氏名、生年月日、住所を必ず記載してください。

※4 証の表記のとおり記入してください。

※5 ③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【5・8・9日目】 ※開催要項を参照し、数字(①～⑤)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

※申込み状況によって、必ずしも希望のコースに決定するとは限りません。ご了承ください。

※1～4・6・7日目(講義科目)はeラーニングでの受講となるため、コース選択はありません。

本センターより申込内容を確認する必要があるため、申込書の写しを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