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

**令和５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 |
| 介護支援専門員以外の資格取得状況 | 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．社会福祉主事　　９．ホームヘルパー　　　　10．その他（　　　　　　　　　）　　11．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 | １．介護老人福祉施設　　２．介護老人保健施設　３.介護療養型医療施設/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 | 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５年１２月２２日（金）必着**

**FAX：０７８-３６７-４５２２（福祉人材研修センター）**