**介護支援専門員実務研修 受講申込書**

R6合格者（滋賀県）用

【提出期限：12/5（木）12時必着】

 　　　　 年　　月　　日

　介護支援専門員実務研修の受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | 　　年（西暦　　　　　　　　年）　　　　　月　　　　　日 |
| **住所** | （〒　　　　－　　　　　） |
| **受験番号** | 　０００ －  |
| **電話番号** | （※日中連絡の取れるものを記載してください。）（職場：　　　　　　　　　　　　　　　・　自宅　・　携帯） |
| **希望コース**○で囲んでください | A : 平日草津コースB : 平日草津オンデマンドコースC : 平日彦根オンデマンドコースD : 休日コース |
| **業務経験および資格**○で囲んでください | 演習のグループ分けを行う際の参考にします。・医療系の業務経験や資格を有する。・福祉系の業務経験や資格を有する。・両方の業務経験や資格を有する |
| **介護支援専門員****としての就業予定**○で囲んでください | ・有［事業所名（施設名）：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］［市町村名： 　 　　　　　　　　　　　　　　　　］・無 |

[事業所実習関連]　 実習先を決定する際の参考とするため以下をご回答ください。実習先は研修実施機関である滋賀県社会福祉協議会が調整します。（原則、届出住所の圏域(大津、南部、甲賀、東近江、湖東、湖北、高島)で調整します。実習先・日程は研修初日にお知らせする予定です。）

|  |  |
| --- | --- |
| **現在の就業先**○で囲んでください | ・有［事業所名（施設名）：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］［市町村名： 　 　　　　　　　　　　　　　　　　］・無 |
| **移動手段**（複数回答可）○で囲んでください | 徒歩のみ　・　自動車　・　バイク　・　自転車公共交通機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜該当する場合に添付してください。＞

・（受験時から氏名または住所に変更があった場合）受験申込書記載事項変更届

・（受験時から氏名に変更があった場合）戸籍抄本

（あて先）〒520-8577　大津市京町4-1-1

　　　　　滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課　介護・福祉人材確保係