

平成27年度 主任介護支援専門員実践力向上研修 受講申込書

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会 宛

平成 年 月 日

【受講申込者の情報】

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女
介護支援専門員登録番号(8桁)			
自宅住所 連絡先	〒 - TEL : - - FAX : - -		
携帯番号	- -		
主任介護支援専門員研修の受講修了年度	※修了年度に○をつけ、「修了証明書」コピーを添付すること 平成18年度 ・ 19年度 ・ 20年度 ・ 21年度 ・ 22年度 ・ 23年度		
主任介護支援専門員としての業務に従事した職歴	勤務期間	地域包括支援センター名・居宅介護支援事業所名	
	～		
	～		
	～		
	※通算計 年 ヶ月		
基礎資格	介護福祉士 ・ 看護師 ・ 社会福祉士 ・ 保健師 ・ 医師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ その他 ()		
スーパービジョンや事例検討会を実施するにあたっての自身の課題を挙げてください			

【所属の情報】

法人名			
事業所名			
	事業所番号 :		
管理者氏名			
事業所所在地・連絡先 [受講可否通知等の送付先]	〒 - TEL : - - FAX : - -		
介護支援専門員数(本人含む)	常勤 : 人	非常勤 : 人	主任介護支援専門員 : 人
特定事業所加算の届出	①加算 (I) ②加算 (II) ③加算 (III) ③なし		