**令和５年度介護支援専門員実務研修　受講申込書（繰越者用）**

前年度以前に試験に合格し，実務研修を受講せず繰越申請をした方が対象の申込書です。

必要事項を記入し，宮城県ケアマネジャー協会までFAX（送信先：**022-716-0717**）送信してください。

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | | 生年月日  （西 暦） | 年　　　月　　　日  （　　 歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | 試験合格年度  （わかれば） | | 年度（第　　　回） |
| E-mail |  | | | | | |

※PCからのメールを受け取れるアドレスにしてください。※試験受験時から氏名等に変更がある場合は旧姓等を欄外に記載してください。

|  |
| --- |
| 資格試験時の基礎資格  　□医師　□歯科医師　□薬剤師　□保健師　□助産師　□看護師　□准看護師　□理学療法士  　□作業療法士 □あん摩マッサージ指圧師　□はり師　□きゅう師　□栄養士（管理栄養士）  　□義肢装具士　□言語聴覚士　□歯科衛生士　□視能訓練士　□柔道整復師　□社会福祉士  　□介護福祉士 □精神保健福祉士　□その他（　 　　 ） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤  務  先 | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 種　別  ※該当する□にレを記入してください。 | 【在　宅】  　□居宅介護支援事業所　　□地域包括支援センター  □小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に係る地域密着型サービス事業者  □介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者  　□特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者  □介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者  【施　設】  □特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設  　□介護医療院  【その他】  □市町村　 □その他の業種( 　 ) | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | | | ＦＡＸ | | | |  |

※勤務先について現在求職中または無職の場合，記載は不要です。