

「令和6年度介護支援専門員専門研修 課程 I」受講申込書

1. 申込者(受講希望者) 次の項目にご記入ください。				記入日	令和 年 月 日
申込者	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名			自宅電話番号	
	旧姓	※登録時より名字を 変更した方のみ記入		携帯電話番号	
	受講形態	集合研修 ・ WEB研修		メールアドレス (集合研修の方も記入必須)	
	住所	〒 —			
	介護支援 専門員登 録番号	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。			有効期間満了日 年 月 日
現 勤 務 先	事業所名				
	所在地	〒 —			
	電話/FAX	電話	FAX		
基礎資格 (該当するものに○ 印をしてください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助または介護等の業務に従事する者 8 その他()				
2-① 実務経験総年数	年	ヶ月	2-② 現介護支援専門員証有効期 間内(5年間)の実務経験年数	年	ヶ月
2-③ 介護支援専門員として実務従事状況 (該当するものに○印をしてください。)		現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない			
2-④ 現介護支援専門員証有効期間内(5年間)の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)					
勤務期間(2-④)			介護保険事業所・施設名(2-④)		
例: 令和●●年●月●日～令和●●年●月●日			例: 介護支援事業所●●		
計 年 月(2-④)					

令和6年度 介護支援専門員専門研修 課程 I の受講対象者を上記のとおり申込みます。

また、上記の受講対象者は当介護保険事業所において現に介護支援専門員として従事していることを証明します。

令和6年 月 日

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長 殿
(事業所名)

(管理者)

印

申込締切日:5月10日(金) ※申込みは①受講申込書②介護支援専門員証の写しを郵送してください。

Web 研修受講同意書

社会福祉法人大分県社会福祉協議会
会 長 佐藤 章 様

私は、介護支援専門員研修を受講するにあたり、下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことを同意します。また、本会が、研修の記録のために録画することについても同意します。

1. 受講者の変更をしたり、自己の Zoom ミーティングの ID 及びパスワードを第三者に譲渡または貸与し、もしくは第三者と共用することはありません。
2. 研修で使用する個人情報等は受講者自身で適切に管理します。また、研修内で知り得た個人情報については、もちろん、私自身が発信する映像等による情報も適切に管理します。
※受講者本人や利用者等の個人情報等がオンライン上に流出したことによりトラブルが生じた場合、本会では責任を負いません。
3. 研修内容の録画（スクリーンショットを含む）・録音・複製、SNS への投稿等は、いかなる理由があっても一切行いません。また、Zoom 内機能のチャット等の内容についても同様とします。
4. Web 研修の受講により発生する通信料は受講者負担となります。
※データ使用料が多いため、Wi-Fi よりも有線の高速回線を推奨します。
※Web 研修の受講により通信料が過大に請求された場合、本会は一切対応いたしません。
5. 講師や関係者等が、研修中に受講態度を観察し、不適切と判断した場合、当該科目は未修了となり、振替受講・課題等の代替措置に従います。
(不適切な例) 研修中の離席が頻回である、居眠り、電話、スマホ操作、喫煙、周囲の人との会話、業務を行う等で研修に集中していない、研修の進行を妨げる、演習に参加しない等々
6. 回線トラブル・接続不備等により研修受講ができなかった場合、当該科目は未修了となり、振替受講・課題等の代替措置に従います。
7. 研修中は、講師や関係者等の指示に従うほか、主体的・意欲的かつ積極的に研修を受講いたします。
8. 講師及び関係者、他の受講生のプライバシーの権利、名誉、その他の権利を侵害することのないよう留意します。
9. 研修期間における提出物は、必ず期限を守り、不備なく提出します。

令和 6 年 月 日

氏 名 (自筆) : _____