

令和8年度 福岡県介護支援専門員証更新にかかる研修 受講申込書
(介護支援専門員証の有効期間満了日が令和9年の方)

記入日 年 月 日

注意
この申込書に書かれた情報につきましては、研修でのみ使用します。介護支援専門員の登録事項に関する変更は、別途手続が必要です。

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------------------|----------------------|------------------------------------|----|----|--|--|--|----------------------|
| 氏名 | フリガナ (姓) (名) | 介護支援専門員登録番号 (8ケタ) | | | | | | | |
| 生年月日 (和暦) | 昭和 年 月 日 平成 | 介護支援専門員証の有効期間満了日 | 令和9年 | 月 | 日 | | | | |
| 住所 | 郵便番号 〒 | 都道府県 | | | | | | | |
| 自宅TEL | | 携帯電話番号 | | | | | | | |
| 現勤務先 | 事業所番号 | | 所在地 | | | | | | |
| | 事業所名 | | TEL | | | | | | |
| | 役職・職種 (○で囲んでください) | 管理者・介護支援専門員・その他() | 介護支援専門員の 実務経験の有無 (○で囲んでください) | あり | なし | | | | ※令和8年4月1日現在 ※記入必須 |

希望する受講パターンの数字(1~3)を○で囲み、別紙日程表をご確認の上、第1希望・第2希望・第3希望にそれぞれ1か所ずつ希望のコースに○をつけてください。

オンライン研修の申込は、電子申請で行ってください。申込書でのオンライン研修への申込みは無効です。

| 受講パターン | コースの選択 | 添付書類(受講パターン1のみ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|------|------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--------------------|---|------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| 1 更新研修(後期) (34時間・5日間) ※実務経験がない場合申込できません。 | <table border="1"> <tr> <th>後期</th> <th>第1希望</th> <th>第2希望</th> <th>第3希望</th> </tr> <tr> <td></td> <td>A・B・C・D E・F・G H・I・J・K</td> <td>A・B・C・D E・F・G H・I・J・K</td> <td>A・B・C・D E・F・G H・I・J・K</td> </tr> </table> | 後期 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | <table border="1"> <tr> <th>添付チェック</th> </tr> <tr> <td> 専門研修Ⅱまたは更新研修(後期)の修了証明書のコピー ※修了証明書を紛失した場合は、裏面の申立書を記入してください。 </td> </tr> </table> | 添付チェック | 専門研修Ⅱまたは更新研修(後期)の修了証明書のコピー ※修了証明書を紛失した場合は、裏面の申立書を記入してください。 | | | | | | | |
| | 後期 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付チェック | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専門研修Ⅱまたは更新研修(後期)の修了証明書のコピー ※修了証明書を紛失した場合は、裏面の申立書を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 更新研修(前期・後期) (90時間・13日間) ※実務経験年数がない場合申込できません。 | <table border="1"> <tr> <th>前期</th> <th>第1希望</th> <th>第2希望</th> <th>第3希望</th> </tr> <tr> <td></td> <td>ア・イ ウ</td> <td>ア・イ ウ</td> <td>ア・イ ウ</td> </tr> <tr> <th>後期</th> <th>第1希望</th> <th>第2希望</th> <th>第3希望</th> </tr> <tr> <td></td> <td>A・B・C・D E・F・G H・I・J・K</td> <td>A・B・C・D E・F・G H・I・J・K</td> <td>A・B・C・D E・F・G H・I・J・K</td> </tr> </table> | 前期 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | ア・イ ウ | ア・イ ウ | ア・イ ウ | 後期 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | <table border="1"> <tr> <td> ※コースは、必ず第3希望までご記載ください。記載がない場合、こちらでコースを指定いたします。 ※業務の都合等でやむを得ず第1希望しか受講できない方は、その旨と理由を通信欄にご記載ください。理由の記載がない場合は、こちらでコースを指定いたします。 ※「2 更新研修(前期・後期)」の受講を希望される方で、「特定一般教育訓練給付金」の受給をお考えの方は、同一の研修実施機関の研修コースでお申込みください。 </td> </tr> </table> | ※コースは、必ず第3希望までご記載ください。記載がない場合、こちらでコースを指定いたします。 ※業務の都合等でやむを得ず第1希望しか受講できない方は、その旨と理由を通信欄にご記載ください。理由の記載がない場合は、こちらでコースを指定いたします。 ※「2 更新研修(前期・後期)」の受講を希望される方で、「特定一般教育訓練給付金」の受給をお考えの方は、同一の研修実施機関の研修コースでお申込みください。 |
| | 前期 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ア・イ ウ | ア・イ ウ | ア・イ ウ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後期 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | A・B・C・D E・F・G H・I・J・K | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※コースは、必ず第3希望までご記載ください。記載がない場合、こちらでコースを指定いたします。 ※業務の都合等でやむを得ず第1希望しか受講できない方は、その旨と理由を通信欄にご記載ください。理由の記載がない場合は、こちらでコースを指定いたします。 ※「2 更新研修(前期・後期)」の受講を希望される方で、「特定一般教育訓練給付金」の受給をお考えの方は、同一の研修実施機関の研修コースでお申込みください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 更新研修(未経験者向け) (56時間・9日間) ※申し込み多数の場合、受講が必要な方を優先します。受講が必要な事情がある方は、実務従事予定等を記載してください。 | <table border="1"> <tr> <th>未経験</th> <th>第1希望</th> <th>第2希望</th> <th>第3希望</th> </tr> <tr> <td></td> <td>あ・い う・え・お</td> <td>あ・い う・え・お</td> <td>あ・い う・え・お</td> </tr> </table> | 未経験 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | あ・い う・え・お | あ・い う・え・お | あ・い う・え・お | <table border="1"> <tr> <th>実務従事予定等(受講パターン3のみ)</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 介護支援専門員として業務につくことが決まっている、または業務につく可能性がある。(令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他(通信欄にご記載ください) </td> </tr> </table> | 実務従事予定等(受講パターン3のみ) | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員として業務につくことが決まっている、または業務につく可能性がある。(令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他(通信欄にご記載ください) | | | | | | | |
| | 未経験 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | あ・い う・え・お | あ・い う・え・お | あ・い う・え・お | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実務従事予定等(受講パターン3のみ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護支援専門員として業務につくことが決まっている、または業務につく可能性がある。(令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他(通信欄にご記載ください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【通信欄】 ※身体障がい等により受講時の配慮が必要な方は、必ずその内容を「通信欄」に記入してください。

【個人情報について】
申込時に提出された書類の返却はいたしません。個人情報については、個人情報保護関係法令等を守り、介護支援専門員更新研修及び名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。

この受講申込書は必ず控え(コピー)をとり、手元に保管してください
また、不備があった場合等は、申込書を再度ご提出いただきます。今一度ご確認ください。

| |
|-----------|
| 受付欄(記入不要) |
| 1 2 3 |

申 立 書

年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

〒 ー

住 所

氏 名

介護支援専門員証登録番号（8ケタ）

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護支援専門員更新研修（専門研修）の修了証明書を下記のとおり紛失しました。
紛失した介護支援専門員更新研修（専門研修）修了証明書を発見した場合には、修了証明書の写しを速やかに提出します。

記

1 修了した研修 ※該当するものを□で囲んでください。

介護支援専門員更新研修（後期） ・ 専門研修課程Ⅱ ・ 不明

2 紛失した具体的な状況

[]

※この申立書は、受講パターン1を希望する方で、過去に受講した研修の修了証明書を紛失した方のみ記載してください。