

平成30年度介護支援専門員地域同行型研修 アドバイザー事前研修受講申込書

特定非営利活動法人

長野県介護支援専門員協会 様

平成30年 月 日

標記研修の受講について、下記のとおり申込みます。

記

アドバイザー	ふりがな		生年月日	昭和・平成
	氏名			年 月 日
	介護支援専門員証 登録番号		左記の有効 期間満了日	年 月 日
	介護支援専門員実務経験期間（通算）		年 ヶ月	
	研修修了状況	主任介護支援専門員研修		平成 年度修了
	介護支援専門員研修演習助言者養成研修（指導者養成研修）		平成 年度修了	
勤務先	事業所名称			
	事業所番号			
	指定年月日	平成 年 月 日		
	特定事業所加算算 定状況	算定開始年月日	平成 年 月 日	
		算定している加算	I ・ II ・ III （いずれかに○）	
	所在地	〒		
電話番号		FAX		
情報共有のため の連絡先の提供 に関する同意確認欄	<p>同行研修のアドバイザーとして活動する際に、同時にアドバイザーとして活動する者及び受講者に対して、下記の情報を提供することに</p> <p style="text-align: center;">同意します 同意しません</p> <p>(提供する情報) アドバイザー氏名、所属事業所名、事業所住所、事業所電話番号 平成30年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p>※ 同意についていずれかに○及び記入日、氏名の自署、捺印をお願いします。</p>			

※ 申込み要件を満たすことを証明する書類を添付してください。

※ 直近の居宅サービス計画第1～3表の写し、担当者会議の記録の写し、フェイスシートの写しを添付してください（個人情報に関する記載事項については、必ず黒塗りにして提出してください。）

※ 個人情報の取扱いに関する誓約書（別紙3）を必ず添付してください。