（別紙２）

平成 30 年度介護支援専門員地域同行型研修　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長　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

<table>
<tr><td rowspan="5">受講者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">昭和・平成
年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>介護支援専門員証登録番号</td><td></td><td>左記の有効期間満了日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護支援専門員実務経験期間（通算）</td><td colspan="2">年　ヶ月</td></tr>
<tr><td colspan="2">日頃の業務において課題としている場面（同行研修において、アドバイザーからの助言を受けたい場面）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">勤務先</td><td>事業所名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>指定年月日</td><td colspan="3">平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>現時点での介護支援専門員数</td><td colspan="3">名</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>情報共有のための連絡先の提供にかかる同意確認欄</td><td colspan="4">同行研修の受講者となる際に、同時に受講者となる者及びアドバイザーに対して、下記の情報を提供することに

同意します　　同意しません

（提供する情報）受講者氏名、所属事業所名、事業所住所、事業所電話番号
平成 30 年　　月　　日
氏名　　印
※　同意についていずれかに〇及び記入日、氏名の自署、捺印をお願いします。</td></tr>
</table>

※　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。

※　上記の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）を添付してください。