**送付文不要　　　　　特定非営利活動法人長野県介護支援専門員協会　事務局行き**

**FAX　026-268-1367**

**平成30年度ケアプラン点検講師養成研修　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、下記の通り申込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏名**  （丁寧にご記入ください） | 生年月日  　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生） |
| **勤務先** |  |
| **勤務先住所** | 〒 |
| **勤務先電話番号** |  |
| **携帯電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **対象者区分**  **（　　　）**  **該当する区分をご記入下さい** | （1）同行型研修を実施した経験のある指導者または県の法定研修で講師、助言者を経験したことのある主任介護支援専門員で、今後、市町村のケアプラン点検講師派遣・研修講師等に協力できる者  （2）介護給付費適正化事業ケアプラン点検を実施する市町村担当者、地域包括支援センターの主任介護支援専門員等 |

**対象者区分（1）に該当する方の申込書類について　＊郵送に限る**

①受講申込書　②「長野県介護支援専門員地域同行型研修終了証」または「長野県介護支援専門員更新研修の講師または助言者依頼文」等要件を満たすことを証明する書類③直近のサービス計画書1～3表の写し（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。）

**※申し込み締め切り　　平成30年12月7日（金）**

**〈問い合わせ先〉**

**NPO法人長野県介護支援専門員協会事務局（平日10時～15時）**

**〒380-0928　長野市若里7-1-7　長野県社会福祉総合センター5階**

**℡　０２６－２６８－１３６６**

注）この申込書に記載された個人情報は、本講座の取りまとめのみに使用することとし、他の目的には使用いたしません。