

更新研修 (実務未経験者向け)

【介護支援専門員証の有効期間満了日が
令和9年1月1日から12月31日の方】

「令和8年度介護支援専門員更新（実務未経験者向け）研修」 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	年	月	日
	氏名		平成	年	月	日
	希望組	1組（集合研修）・2組（オンライン研修）	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	〒	電話番号			
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（ ）					
別紙「大分県介護支援専門員法定研修の受講にかかる遵守事項」の内容を遵守することに同意します。 ※「同意する」にチェックがない場合はお申し込みできません。						<input type="checkbox"/> 同意する
テキストの購入	購入する ・ 購入しない		「八訂 介護支援員実務研修テキスト（上巻・下巻）」（一般社団法人長寿社会開発センター）を使用します。お持ちでない方は必ず購入してください。			

*本申込書と「介護支援専門員証の写し」を郵送で送付してください。申込締切日：令和8年4月30日（木）

再 研 修

【介護支援専門員証の有効期間を失効している方】

「令和8年度介護支援専門員再研修」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		電話番号	
	希望組	1組（集合研修）・2組（オンライン研修）	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 登録都道府県 <input type="checkbox"/> 大分 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現勤務先	事業所名			
	所在地	〒 -	電話番号	
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（ ）			
別紙「大分県介護支援専門員法定研修の受講にかかる遵守事項」の内容を遵守することに同意します。 ※「同意する」にチェックがない場合はお申し込みできません。			<input type="checkbox"/> 同意する	
テキストの購入	購入する ・ 購入しない		「八訂 介護支援員実務研修テキスト（上巻・下巻）」（一般社団法人長寿社会開発センター）を使用します。お持ちでない方は必ず購入してください。	

*本申込書と「介護支援専門員証の写し」を郵送で送付してください。申込締切日：令和8年4月30日（木）