「令和2年度 介護支援専門員更新研修（実務経験者）【初回更新者】」　調査票

研修受講番号　**(　更初免　)‐(**　　　　　**)**氏名

Ⅰ　以下の問いにお答えください。（ 該当の□ に ✓ をしてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 実務研修受講試験に合格したのは何年度ですか？
 | 年度 |
| 1. 基礎資格は何ですか？

(上記試験の受講要件を満たした資格は何ですか？) |  |
| 1. 現在、介護支援専門員として実務を行っていますか？
 | □ は　い□ いいえ（④にお答えください） |
| 1. ③で「いいえ」と答えた理由についてお答えください。
 | □別の業務をしている[職名　　　　　　　　　　　]□介護保険法に基づく業務に就いていない |
| ⑤介護支援専門員の実務経験年数はどのくらいですか？ | 居宅　　約　　　　　年施設　　約　　　　　年 |
| 包括　　約　　　　　年※経験がない場合は、0を記入してください |

Ⅱ　本研修は「介護支援専門員として必要な知識及び技術の向上を図り、専門職としての能力の保持・向上を図ること」を目的としています。研修を受講するにあたり、ご自身の研修習得目標とその目標を掲げた理由について記載してください。

|  |
| --- |
|  |

提出締切：**令和　3年　1月　22日( 金 )**

提出先: 〒380-0928　長野市若里7-1-7　長野県社会福祉協議会　ケアマネ研修情報センター　介護支援専門員研修　担当　宛