「平成30年度 主任介護支援専門員更新研修」　事前調査票(第2期)

研修受講番号　　**主任更・2期‐**　　　　　　　　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 | 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　この研修を受講することで「何を学びたいか」「何を得たいか」「どのような行動ができるようになりたいか」等について理由も加えてお書きください。

|  |
| --- |
|  |

提出締切：９月３日(月)

提出先:長野県社会福祉協議会 福祉人材部 研修グループ 介護支援専門員研修 担当宛

**FAX:026-227-0137**