

令和8年度「介護支援専門員(実務未経験者)更新研修及び再研修」受講申込書

C 班	
5組	6組

研修希望組に○を
してください。

組はどちらでも可の方は☑を⇒☐

A班は令和8年8月3日消印より
簡易書留にて受付開始！
申込手順2のセンターへメール送信
もお忘れなく！

※要綱7(P3)の事前チェックは完了しました⇒☐

申込日:令和 8 年 月 日

実施支部名	公益財団法人介護労働安定センター茨城支部	※当センター記入 受付番号
フリガナ		生年月日 / 性別 (任意)
氏 名		昭和 平成 年 月 日 男 ・ 女

※ 茨城県で実務研修を修了した方の介護支援専門員番号は08・・・から始まります。

介護支援専門員 登 録 番 号					
介護支援専門員証 の有効期間満了日	平成 令和	年	月	日	登録都道府県
受 講 研 修 (いずれかに○印)	1. 更新研修 (有効期間内で、前回から今回の更新までに実務に従事していない者) 2. 再 研 修 (既に有効期間が切れている又は、研修修了日時点で切れる者)				
自 宅(送付先)住所	〒 -				
メールアドレス	センターへメールを 送信しました ☐				
電話連絡 平日昼間繋がる順に2つご記入ください。	① 自宅 携帯 職場	()	② 自宅 携帯 職場	()	
介護支援専門員以外の資格 (所有する資格に○印)	医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 社会福祉士 精神保健福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 はり師・きゅう師 マッサージ指圧師 柔道整復師 管理栄養士 栄養士 社会福祉主事 ヘルパー1 級 ヘルパー2 級 相談援助業務 福祉用具専門相談員 その他()				
当研修を受講するに当たって 現在の状況にチェック☑ (複数チェック可)	☐ 実務に就いていたが、有効期間が切れた(□減算中) ☐ 研修修了後すぐに実務に就く予定である ☐ 実務に就いているが、研修中に切れてしまう ☐ 今は就いていないが、1年以内に就く事が内定している ☐ 実務に就いてまだ浅く(6ヶ月以下)1年以内に切れるため(実務経験者)更新研修実施機関に問合せ済 ☐ 現時点で実務に就く予定はないが、いずれ就く事を希望する ☐ 特定一般教育訓練として申し込んでいる ☐ その他() ※なお、虚偽の記載が発覚した際は、受講決定後でも退講していただく場合がございます。				
現在仕事に就 いていますか?	勤務先名			現職種	
1. はい 2. いいえ	所在地 電話番号	〒 - TEL ()			

受講者の個人情報(氏名・住所・電話番号等)は、当該研修に関する資料等の送付および研修実施に関する連絡、研修受講の際の本人確認、新規研修等のご案内の送付の範囲で使用いたします。また、勤務先につきましては必須ではございませんが、連絡が取れない場合にご連絡する事があります。予めご了承ください。現在仕事に就いているかどうかに関しましては、統計的な事です。ケアマネ業務に限らなくてもけっこうです。

令和 8 年度介護支援専門員(実務未経験者)更新研修及び再研修
オンライン研修受講同意書

オンライン研修を受講するにあたり、次の事項に同意します。(☑をして署名)

- ☐ 配布資料及び配信情報の、本研修以外での使用の禁止
- ☐ 配布資料及び配信情報の複製（コピー）及び他者への共有の禁止
- ☐ 配布資料及び配信情報の不正利用及び改ざん行為の禁止
- ☐ 配布資料及び配信情報の管理の徹底
- ☐ 配信情報の動画及び静止画の保存禁止
- ☐ そのほか公序良俗及び法令に反する行為の禁止
- ☐ 受講者の変更や自己の ID 及びパスワードを第三者に貸与しない。
- ☐ 講師及び研修参加者のプライバシーの権利, 名誉, その他の権利を侵害することの無いよう留意する。
- ☐ 受講者からお預かりしたメールアドレスは、当センターからのご連絡、研修受講案内及び資料等の送付に使用いたします。研修以外の目的には一切使用いたしません。

私は上記内容を確認し、これらを理解したので同意いたします。

令和 年 月 日

氏 名(自筆): _____

介護支援専門員番号: _____

受講研修名: 令和8年度介護支援専門員(実務未経験者)更新研修及び再研修