令和8年度　新潟県介護支援専門員法定研修

ファシリテーター従事希望・名簿登録確認書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望者氏名 | | | （ふりがな　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （生年月日　：　　昭和　・　平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日） | | | | | | | |
| 連  絡  先 | 自宅住所 | | 〒 | | | | | | | |
| 所属事業所名 | |  | | | | | | | |
| 所属事業所  住所 | | 〒 | | | | | | | |
| 所属事業所  電話番号 | | （携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ＊今後１年以内に連絡先が変更になる可能性がある　→　はい（変更日：　　　　　　）・　いいえ  　　変更先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 派遣依頼先名称等（所属長等への派遣依頼文書を要する場合、記入願います。 | | | 依頼先名称：    代表者職名：  代表者氏名： | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員としての情報 | | | 主任介護支援専門員  有効期間満了日 | | | 令和　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | |
| **＊主任更新研修受講希望**（〇で囲む）**令和９年度　　・　令和10年度** | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員従事年数（通算）　　　　　　　　　　年　　　　　　月 | | | | | | | |
| 基礎資格 | | |  | | | | | | | |
| ファシリテーター従事状況 | | **①法定研修ファシリテーター従事状況**  ※複数回ある場合は直近の情報を記入 | 講師  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | | ファシリテーター  　　　　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | |
| 従事年度 | | 研修名 | | | 科目 | | ＊〇で囲む |
|  | |  | | |  | | 講師・ファシリ |
|  | |  | | |  | | 講師・ファシリ |
| **②法定研修以外のファシリテーター従事状況**  ※複数回ある場合は直近の情報を記入 | 実施日時 | 実施団体・研修名 | | | | | ＊〇で囲む | |
|  |  | | | | | 講師・ファシリ | |
|  |  | | | | | 講師・ファシリ | |

◆「②法定研修以外のファシリテーター従事状況」には、講師経験も含まれます。

◆従事のご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。