

令和8年度奈良県認定調査員新任研修申込フォーム

受講申込者の情報を入力してください。

申込者情報

受講申込者の情報を入力してください。

必須 氏名（姓と名の間はスペースを入れてください）

必須 ふりがな

ひらがなのみ入力できます

必須 生年月日

必須 電話番号（ハイフン無）

半角数字、10桁または11桁で入力してください。

半角の数字が入力できます

必須 メールアドレス

必ず、eラーニングシステムのユーザ登録のE-mailと同じアドレスを入力してください。

必須

介護支援専門員ですか？（申込日現在、介護支援専門員実務研修受講中の方は「いいえ」を選択）

☐ はい

☐ いいえ

必須 介護支援専門員番号

※介護支援専門員証に記載の8ケタの番号を記入

必須 保険者

現段階で決まっていない場合は、見込みで入力してください。

選択してください

所属団体名（事業所、自治体等）

必須 研修受講者区分

☐ ①市町村職員

☐ ②指定市町村事務受託法人に所属する介護支援専門員その他の保険、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者

☐ ③指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設及び介護保険施設若しくは地域包括支援センターに所属する介護支援専門員

☐ ④上記以外で、介護支援専門員その他保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者で、今後①～③に該当する見込みがある者

☐ ⑤現在、奈良県介護支援専門員実務研修を受講中で、今後①～③に該当する見込みがある者