

本申込フォーム入力マニュアル

質問内容	*は必須項目です	回答方法・選択肢
* No.1	受講確認	○更新研修(実務未経験者向け)募集案内を了解したので申し込みます。
* No.2	現在の介護支援専門員証有効期間において、1回でも介護支援専門員として実務に就かれたことはありますか。 (※従事されたことがある方は、本研修の対象外となります。)	○従事経験なし ○従事したことがある(本研修はご受講できません。)
No.3	介護支援専門員証の登録番号、有効期限、登録地について * No.3-1 登録番号(8桁) * No.3-2 有効期限 * No.3-3 登録地 No.3-4 No.3-3でそれ以外を選択された方は、登録地をご記入ください。 No.3-5 No.3-3でそれ以外を選択された方は、「受講地変更」または「登録移転(転入)」の手続き状況についてご記入ください。 (回答例1)受講地変更手続きは、完了している。 (回答例2)受講地変更は、●月●日頃、東京都庁に要件を確認後、●月●日頃、登録地に申請し、現在手続き中である。	13000000 ○東京都 ○それ以外の道府県(No.3-4、No.3-5をご記入ください) ○○県
No.4	受講申込者の氏名、生年月日、連絡先電話番号、住所について * No.4-1 姓 * No.4-2 名 * No.4-3 姓(セイ) * No.4-4 名(メイ) * No.4-5 生年月日 (西暦でお願いします。) * No.4-6 連絡先携帯番号 (-を入れてください。) * No.4-7 郵便番号 (-を入れてください。) * No.4-8 住所 No.4-9 住所(建物名等)	財団 太郎 ザイダン タロウ 1968/05/12 090-xxxx-xxxx 173-8018 東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18階
* No.5	介護支援専門員証の登録内容について	○住所、氏名の変更はない。 ○住所、氏名の変更があるため、別途手続きします。(募集案内4頁のとおりお手続きください。)
No.6	勤務先の名称、電話番号について (勤務されていない方は記入不要です。) No.6-1 勤務先等の名称 No.6-2 勤務先の電話番号 (-を入れてください。)	 03-xxxx-xxxx
* No.7	お申し込みの研修コースについて オンラインコースはZoomでご受講していただきますが、研修資料を画面共有を行うため、パソコンが必要となり、スマートフォンでの受講はできません。 内容を確認いただき、回答をお願いします	○パソコン、インターネット環境が整っているため、オンラインコースの受講を希望します。(スマートフォンでは受講不可) ○集合のみ受講を希望します。
No.8	希望する受講コースについて選択してください。 * No.8-1 第1希望 No.8-2 第2希望 No.8-3 第3希望	
No.9	受講にあたり、身体の障害等のため受講において配慮を希望する場合はその内容を記入してください。 * No.9-1 受講において配慮を希望しますか。 No.9-2 配慮を希望する場合は、その内容を記入してください。	○不要 ○要
No.10	備考(事務局使用欄)	

募集案内を確認し、希望コースを選択してください。
集合コースのみご希望の方は、第3希望の入力は不要です。

受講に際し、身体配慮等が必要な場合はその内容をご記入ください。
(例)弱視のため、前方席を希望