提出先：江戸川区福祉部介護保険課事業者調整係　宛
ＦＡＸ：（5663）5172

# 介護支援専門員研修　演習ファシリテーター候補者申込書

別紙1の要件を満たしており、
ファシリテーターの推薦を希望します。

| | 氏名 | ふりがな | 介護支援専門員登録番号 | 勤務先名称 | 勤務先電話番号 | 携帯電話番号 | メールアドレス | 住所（※1） | | | 研修種別（※2） | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 種別 | 郵便番号 | 住所 | 実務等 | 主任 | 主任更新 | |
| （例） | 東京　太郎 | とうきょう　たろう | 12345678 | 東京ケアプランセンター | 03-1234-5678 | 080-1234-5678 | abcd@efgh.co.jp | 勤務先 | 123-4567 | 東京都新宿区西新宿2-8-1 | ○ | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |

（注）
・提出頂いた情報は、演習ファシリテーター依頼のためのみに用い、他の目的に使用することはありません。
・推薦した方が、必ずしもファシリテーターとして依頼されるとは限りません。
※1：自宅又は勤務先の住所で、書類等を確実に受け取れる住所を御記入ください。また、種別欄で「自宅」または「勤務先」を御記入ください。
（自宅の場合、住所＋氏名、勤務先の場合、住所＋勤務先名称＋氏名で発送します）
※2：研修種別について、「実務研修・更新研修・専門研修Ⅰ・専門研修Ⅱ・再研修」のファシリテーターとして希望する方は「実務等」に、「主任研修」のファシリテーターとして希望する方は「主任」に、「主任更新研修」のファシリテーターとして希望する方は「主任更新」に○を（複数種別で推薦する方はそれぞれの欄に○を）御記入ください。

**提出期限：　令和4年6月17日（金）までに郵送またはFAXにてご提出ください**