

**審査会委員推薦希望登録票**

以下のとおり希望します。

ふりがな 氏名		会員番号	
	(生年月日 S・H 年 月 日)		
希望する審査会 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会 <input type="checkbox"/> 介護給付費等の支給に関する審査会			
連絡先（日中連絡の取れるほうに・をつけ、以下にご記入ください） <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場      勤務先名： _____ TEL：( _____ )      FAX：( _____ ) 携 帯：( _____ )			
《経歴・資格》			
①介護認定審査会委員等の経験 有 ・ 無 （どちらかに○）*「有」の方は以下にお答えください 経験年数： _____ 年      これまで担当した区市町村等名： _____			
②介護支援専門員の資格 有 ・ 無 （どちらかに○）*「有」の方は以下にお答えください 資格取得日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日      有効期間満了日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
③サービス管理責任者研修の修了 済 ・ 未（どちらかに○）*「有」の方は以下にお答えください 修了日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
④相談支援従事者研修の修了 済 ・ 未（どちらかに○）*「有」の方は以下にお答えください 修了日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
⑤職 歴（福祉職種およびその従事年数）			
高齢者分野                      有 ・ 無 （どちらかに○） _____ ( _____ 年)			
保健医療分野                      有 ・ 無 （どちらかに○） _____ ( _____ 年)			
その他の分野                      有 ・ 無 （どちらかに○） _____ ( _____ 年)			
⑥応募動機			
⑦本会の委員会における活動状況			
⑧本会研修（基礎研修等）受講状況			