様式１

**こちらの枠内に介護支援専門員証のコピーを**

**貼り付けてください。**

**令和６年度**

**主任介護支援専門員研修**

**《　受　講　申　込　書　》**

**申込日：令和６年　　　月　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和・平成  年　　　月　　　日 |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | |
| 自宅住所 | | | | | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　）  ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | |
| メールアドレス  ※携帯・スマホ不可 | | | | | ＠  ※「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」もフリガナをつけてください。 | | | | | | | | | | |
| 勤務先名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | | | | | 〒  市区  郡  都道  府県  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |
| 種　別 | | | | 居宅 ・ 施設 ・ 包括支援センター | | | | | | | | 現在の状況 | | 現任　・　非現任 | |
| 現職種名 | | | |  | | | | | | | 配置状況 | | | 常勤　・　非常勤 | |
| 現勤務体制 | | | | 専　任　　　　・　　　　兼　務　兼務している職名  （居宅介護支援事業所の管理者を含む） | | | | | | | | | | | |
| 基礎資格  （該当するものに○をつける） | | | | ア.薬剤師　イ.保健師　ウ.看護師　エ.准看護師　オ.理学療法士　カ.作業療法士  キ.社会福祉士　　ク.介護福祉士　　ケ.社会福祉主事　 コ.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　 サ.歯科衛生士  シ.栄養士　ス.精神保健福祉士　セ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | | | | | | | | | | 登録地（都道府県） | | | |  | |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | | |
| 有効期限 | | | | | | | | | | 主任有効期限 | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |

上記に記載した内容は、事実と相違ありません。また、研修実施要領15オンライン研修受講上の注意事項について確認しました。

記載した個人情報を指定研修実施機関が介護支援専門員に関する各種研修業務に利用することについて、承諾します。

氏名（自署）

裏面につづく

**研修受講の要件**（該当する記号に○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ア | 専任（常勤かつ専従）の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（６０か月）以上である |
| イ | ケアマネジメントリーダー養成研修を修了しており、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して３年（３６か月）以上である |
| ウ | 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであり、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して３年（３６か月）以上である |
| エ | 省令第１４０条の６６第１号イの（３）に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている |

**実務従事期間内容**（要件を満たす期間を記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務期間 | | 勤務先名 | 雇用形態 | |
| 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | 年　　ヶ月 |  | □常勤  □非常勤 | □介護支援専門員専任  □介護支援専門員で他職を兼務 |
| 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | 年　　ヶ月 |  | □常勤  □非常勤 | □介護支援専門員専任  □介護支援専門員で他職を兼務 |
| 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | 年　　ヶ月 |  | □常勤  □非常勤 | □介護支援専門員専任  □介護支援専門員で他職を兼務 |
| 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | 年　　ヶ月 |  | □常勤  □非常勤 | □介護支援専門員専任  □介護支援専門員で他職を兼務 |
| 合　計  （令和６年8月31日時点） | 年　　ヶ月 | （内訳）　常勤専従　　　　　　　　　年　　　ヶ月  　　　　　非常勤・兼務　　　　　　　年　　　ヶ月 | | |

**過去の研修受講履歴**（修了証明証のコピーを添付すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研　修　名　等 | 履　　歴 | 証明証の添付  （✓を入れる） |
| 専門研修課程Ⅰ | 年度修了 |  |
| 専門研修課程Ⅱ | 年度修了 |  |
| 更新研修（実務経験者） | 年度修了 |  |
| 主任介護支援専門員研修 | 年度修了 |  |
| ケアマネジメントリーダー養成研修 | 県：平成　　　年度（修了番号　　　　　　　）  国：平成　　　年度（修了番号　　　　　　　） |  |
| 日本ケアマネジメント学会 | 認定ケアマネジャー（番号　　　　　　　　　） |  |

**提出書類チェック表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 様式１　受講申込書 |  | ４ | 修了証明書のコピー |  |
| ２ | 様式２　推薦書 |  | ５ | 事例 |  |
| ３ | 様式３　実務従事期間証明書 |  |  |  |  |