

令和6年度 主任介護支援専門員研修 受講申込書

対象者(受講区分) に☑を付けてください	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
----------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

1、基本情報 ※下記①～④の項目については、修了証明書発行時に必要となりますので、正確にご記入下さい。

①介護支援専門員登録番号	8ケタ							
②介護支援専門員証	交付年月日	令和 年 月 日						
	有効期間満了日	令和 年 月 日						
③氏名(ふりがな)	()							
④生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日							男・女
⑤メールアドレス ※PCアドレス推奨(携帯アドレス不可)	@							
⑥自宅 ※住所はマンション名及び棟号番号まで記入してください。	住所	〒 -						
	自宅電話	FAX(有・無)						
	携帯							
⑦勤務先	名称							
	住所	〒 -						
	電話						FAX	
⑧連絡先電話番号 ※優先順位が高いものに○してください。	自宅TEL ・ 携帯 ・ 勤務先TEL							
⑨現事業所での職種								
⑩介護支援専門員受験時の基礎資格	例)看護師 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士							

2、受講区分(添付書類) ※受講区分毎に添付する書類に☑をつけて下さい。

<input type="checkbox"/> 受講区分A	必須	<input type="checkbox"/> 【様式1】実務経験証明書 5年(60か月)以上	
	いずれか	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ及び専門研修Ⅱの修了証明書の写し	<input type="checkbox"/> R6年度 修了見込み
<input type="checkbox"/> 受講区分B	必須	<input type="checkbox"/> 【様式1】実務経験証明書 3年(36か月)以上	
		<input type="checkbox"/> 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写し	
	いずれか	<input type="checkbox"/> ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写し	
		<input type="checkbox"/> 宮崎県実践的ケアマネジメント指導者養成講座の修了証明書の写し ※H18.10.13交付	
<input type="checkbox"/> 受講区分C	必須	<input type="checkbox"/> 【様式2】地域包括支援センター在籍証明書	
		<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ及び専門研修Ⅱの修了証明書の写し	<input type="checkbox"/> R6年度 修了見込み
<input type="checkbox"/> 受講区分D	必須	<input type="checkbox"/> 【様式1】実務経験証明書 5年(60か月)以上	
		<input type="checkbox"/> 【様式3】指定研修講師担当実績申出書	
	いずれか	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ及び専門研修Ⅱの修了証明書の写し	<input type="checkbox"/> R6年度 修了見込み
<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員の有効期間が満了し、再度、主任介護支援専門員研修を受講		<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修の修了証明書の写し	

3、勤務状況(令和6年7月1日 現在)

事務局記入欄	介護支援専門員として 従事した期間の合算	<input type="checkbox"/> A 5年以上	専任のみ ※管理者との兼務は合算可	年	ヶ月
		<input type="checkbox"/> B 3年以上		年	ヶ月
		<input type="checkbox"/> D 5年以上	専任・兼任	年	ヶ月

申込締切：令和6年8月9日(金)必着 【FAX不可】

【様式1】

令和6年度 主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

証明者の名称及び所在地

代表者職・氏名

印

連絡先電話番号

(担当者氏名)

下記の者は、令和6年7月1日までに、介護支援専門員として、以下のとおり勤務した経験を有することを証明します。

氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日									
事業所名																
所在地	〒 -															
実務従事期間	専任	※管理者との兼務期間は専任として記入する														
		1	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	年	ヶ月	合計	年	ヶ月
		2	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	年	ヶ月			
	3	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	年	ヶ月				
	兼任	※管理者以外の業務と兼務していた期間を記入する														
		1	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	年	ヶ月	合計	年	ヶ月
		2	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	年	ヶ月			
3	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日	年	ヶ月					
介護支援専門員として従事した期間 (※病休等により実務に従事しなかった期間を除く)											通算	年	ヶ月			

※1か月未満の部分は切り捨て

※介護支援専門員としての業務とは、下記の事業所または施設において、介護支援専門員として介護サービス計画の作成を行っていることを指します。ただし、これらの事業所または、施設で就労していたとしても、単に要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合や、利用者やサービス提供事業所との連絡調整のみを補助的に行っていたのみで、サービス計画書の作成を行っていなかった場合は、実務経験として認められません。

指定居宅介護支援事業所、指定介護老人福祉施設、指定介護老人保健施設(介護療養型含む)、指定介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所(介護予防含む)、特定施設入居者生活介護事業所(介護予防含む)、小規模多機能型居宅介護事業所(介護予防含む)、地域包括支援センター、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

【注意事項】

申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。(申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除きます。)

【様式2】

**令和6年度 主任介護支援専門員研修
地域包括支援センター在籍証明書**

令和 年 月 日

証明者の名称及び所在地

代表者職・氏名

⑩

連絡先電話番号

(担当者氏名)

下記の者は、令和6年7月1日において、主任介護支援専門員に準ずる者として以下の地域包括支援センターに配置されている者であることを証明します。

ふりがな					
氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日
地域包括支援センターの名称					
所在地	〒 -				
配置年月日	平成・令和	年	月	日	

(地域包括支援センター運営マニュアル2012)

※主任介護支援専門員に準ずる者とは、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了するなど、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者

【注意事項】

申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。(申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除きます。)

【様式3】

令和6年度 指定研修講師担当実績申出書

令和 年 月 日

氏名

印

下記の通り、介護支援専門員研修の講師、ファシリテーターを継続的に担当しています。

研修講師実績

研修名 ※下記(1)～(4)のいずれか をご記入下さい	実施年度	講義・演習課目 ※複数ある時は、1課目のみご記入下さい	講義	演習	ファシリテーター
			(○印でチェック)		
例：(1)	令和4年度	認知症に関する事例			○

- (1)介護支援専門員実務研修
(2)介護支援専門員更新研修(実務経験者)・専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱ
(3)主任介護支援専門員研修
(4)更新研修(実務未経験者)・再研修