令和　　　年　　　月　　　日

主任　様式1

特定非営利活動法人奈良県介護支援専門員協会

理事長　殿

事業所名

所長名

令和２年度　奈良県主任介護支援専門員研修申込書【事業所用】

1.　事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所種別 | 1. 地域包括支援センター　②居宅介護支援事業所　③その他（　　　　　　）
 |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　奈良県　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 事業所の介護支援専門員数 | 主任介護支援専門員数　　　人　　　　 | 介護支援専門員総数　　　　　人 |
| 特定事業所加算の算定 | 1. 算定している　②予定している　③予定なし　④未定
 |

2.　受講希望者一覧（優先順位の高い順に記載ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 役職名 | フリガナ氏　名 | 介護支援専門員登録証番号 | 包括勤務予定 | 居宅管理者予定 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有無 | 有無 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有無 | 有無 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有無 | 有無 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有無 | 有無 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有無 | 有無 |

令和　　　年　　　月　　　日

主任　様式2

令和２年度　奈良県主任介護支援専門員研修申込書【個人票】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ【姓と名の間を1マス空ける】 | 介護支援専門員登録証明書番号 | 常勤専従の経験年数（令和２年9月1日現在） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加希望者氏名　　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　カ月 |
| 登録都道府県　　　　　　　　　　（平成　　　　年登録） |
| 生年月日（登録に必要）　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 　緊急連絡時の電話番号　(休講時等の連絡先) |
| 自　宅　住　所　〒　　－　　（登録に必要ですので必ず記入してください）　 |
| 所属事業所名 | 介護保険事業者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 介護支援専門員としての現在の担当　いずれかに○をつけて下さい（　居宅　・　施設　・　包括　） |
| ●受講要件：介護支援専門員専門課程の修了状況（修了証明書の写しを添付のこと） | **せ専門研修課程Ⅰ** | **年　　　月　　　日修了** |
| **専専門研修課程Ⅱ** | **年　　　月　　　日修了** |
| **子更新研修（実務経験者向け研修）** | **年　　　月　　　日修了** |
| （該当要件に○）●その他の要件 |  | ①ケアマネジメントリーダー養成研修修了者**《修了証の写し添付》**（受講年度　平成　　　　年度・受講都道府県　　　　　　　　　　） |
|  | ②日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー取得者**《認定証の写し添付》**（平成　　　　年度取得・有効期限　平成　　　年　　　月　　　日） |
| ●介護支援専門員実務研修受講試験を受講したときの資格要件を1つ選択し番号を記入してください。1医師　　2歯科医師　　3薬剤師　　4保健師　　5助産師　　6看護師　　7准看護師　　8理学療法士　　9作業療法士　　10社会福祉士　　11介護福祉士　　12視能訓練士　　13義肢装具士　　14歯科衛生士　　15言語聴覚士　　16あん摩マッサージ師　　17はり師・きゅう師　　18柔道整復師　　19栄養士20精神保健福祉士　　21その他の相談職　　22その他の介護職 |
| 奈良県介護支援専門員協会会員の方は会員番号を記入してください | Ｒ | ２ | － |  |  |  |  |  |  |
| ●介護支援専門員研修の講師等の経験①奈良県介護支援専門員実務研修講師・協力員　②奈良県介護支援専門員専門課程研修講師・協力員③ケアマネジメントリーダー養成研修講師④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ①修了証や証明書との氏名の相違（旧姓等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②受講時に特に必要な配慮（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**《介護支援専門員証写し添付》**

　主任　様式3

**常勤専従の介護支援専門員としての実務経歴**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就職年月日 | **常勤専従勤務年数** | 事業所名 | 事業所の証明書 | 証明書無の理由 |
| 退職年月日 |
|  年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
|  年　　月　　日 |
| 　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
| 　年　　月　　日 |
| 　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
| 　年　　月　　日 |
| 　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
| 　年　　月　　日 |
| 　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
| 　年　　月　　日 |
| 　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
| 　年　　月　　日 |
| 　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 有・無照会中 |  |
| 　年　　月　　日 |
| 通算常勤専従勤務年数 | 年　カ月 |  |  |  |

**県の要件を満たす場合であって、兼務、非常勤の介護支援専門員としての実務経歴**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就職年月日 | **常勤専従換算勤務年数** | 事業所名 |  | 事業所の証明書 | 証明書無の理由 |
| 退職年月日 |
| 　　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 兼務非常勤 | 有・無照会中 |  |
| 　　年　　月　　日 |
| 　　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 兼務非常勤 | 有・無照会中 |  |
| 　　年　　月　　日 |
| 　　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 兼務非常勤 | 有・無照会中 |  |
| 　　年　　月　　日 |
| 　　年　　月　　日 | 年　カ月 |  | 兼務非常勤 | 有・無照会中 |  |
| 　　年　　月　　日 |
| 通算勤務年数 | 年　カ月 |  |  |  |  |

＊添付書類確認欄

□介護支援専門員証写し

□介護支援専門員専門課程Ⅰ及びⅡの修了証の写し（もしくは更新研修の修了証の写し）

□ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写し（該当者のみ）

□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（該当者のみ）

□講師証明書（所定の様式はありません。該当者のみ）

□市町村推薦書（該当者のみ）　　　□ＷＥＢ環境アンケート用紙

　主任　様式４

勤務証明書（就業証明書）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓　　　　　　　）

住　所

上記の者、当事業所（法人）においての介護支援専門員として、下記のとおり、従事していたことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 就職年月日 | 左記のうち、常勤かつ専従の介護支援専門員として勤務した期間 |
| 退職年月日（現在、継続勤務中の場合は空欄） |
|  | 年　　　月　　　日 | 　年　　　カ月 |
| 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 | 　年　　　カ月 |
| 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 | 　年　　　カ月 |
| 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 | 　年　　　カ月 |
| 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 | 年　　　カ月 |
| 年　　　月　　　日 |
| 常勤かつ専従の介護支援専門員として勤務した通算期間 | 　　年　　　　　カ月 |

＊常勤かつ専従とは、事業所が定める常勤の職員が勤務すべき期間数を勤務し、かつ

介護支援専門員以外の業務に従事していないことをいう。

但し、管理者のみとの兼務期間のうち、居宅支援事業所の管理者を兼務していた期間は専従期間に含めるものとする。

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者