

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 _____ ㊦

管理者名 _____

令和4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4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4年9月1日現在)				
参加希望者氏名															年 月 日				
生年月日(西暦)(登録に必要)										登録都道府県 (平成 年登録)									
年月日 (西暦) (登録に必要)										緊急連絡時の携帯電話番号 (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)																			
連絡用PCメールアドレス(必須) (研修資料・招待メールなど送信) _____ @ _____																			
所属事業所名										介護保険事業者番号									
受講の希望 (○を付けて下さい)					オンライン受講					対面会場受講									
介護支援専門員としての現在の担当 いずれかに○をつけてください										居宅・施設・包括・地域密着									
●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)					専門研修課程Ⅰ					年 月 日修了									
					専門研修課程Ⅱ					年 月 日修了									
					更新研修 (実務経験者向け研修)					年 月 日修了									
●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・令和 年度取得・有効期限 平成・令和 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。																			
<input type="checkbox"/> 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 4 -									
●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 ()																	

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 退職年月日	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
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		有・無 照会中	
通算常勤専従勤務年数	年 ヵ月			

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 退職年月日	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
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		兼務 非常勤	有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		兼務 非常勤	有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		兼務 非常勤	有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		兼務 非常勤	有・無 照会中	
年 月 日 年 月 日	年 ヵ月		兼務 非常勤	有・無 照会中	
通算勤務年数	年 ヵ月				

*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）
 市町村推薦書の写し（該当者のみ）

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、居宅介護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。

令和 年 月 日

法人名

代表者

印