

年 月 日

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

印

令和5年度 奈良県主任介護支援専門員更新研修申込書【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	常勤専従者数		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

	管 理 者	フリガナ 氏 名	介護支援専門員 登録証番号	当該事業所採用年月日		包括 勤務 予定	居宅介 護支 援管 理者 予定
				通算実務経験年数 (令和5年5月1日現在)			
1				年 月 日	有	有	
				年 月 日	無	無	
2				年 月 日	有	有	
				年 月 日	無	無	
3				年 月 日	有	有	
				年 月 日	無	無	
4				年 月 日	有	有	
				年 月 日	無	無	
5				年 月 日	有	有	
				年 月 日	無	無	

年 月 日

令和5年度 奈良県主任介護支援専門員更新研修申込書【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				主任介護支援専門員としての経験年数 (令和5年5月1日現在)			
受講希望者氏名								年 月 日			
				登録都道府県							
生年月日(登録に必要)				緊急連絡時の携帯電話番号(必ず記入して下さい) (休講時等の連絡先)							
年 月 日											
自宅住所 〒 - (登録に必要ですので必ず記入してください)											
メールアドレス(携帯電話は不可) 必ず記入してください。(大きくはっきりと) @											
所属事業所名(令和5年5月1日現在)						介護保険事業者番号					
電話番号				FAX番号							
希望コースに○印を付けて下さい		Aコース		オンライン		Bコース		オンライン・対面会場			
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 ・ 地域密着 ・ その他)											
●介護支援専門員証の有効期間満了日			年 月 日			主任更新研修の受講回数		初回			
●主任介護支援専門員の有効期間満了日			年 月 日			2回目					
●個別要件(該当要件に○)	① 介護支援専門員の資質向上に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者										
	② 地域包括支援センターや当協会など職能団体が開催する法定外の研修等に通年4回以上参加した者										
	③ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者										
	④ 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る者										
	⑤ 介護支援専門員実務研修の実習受け入れ事業所に所属し、かつ実習生の指導を行った者										
	⑥ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、市町村の推薦を受けて都道府県が適当と認める者										
●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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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											
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()									

勤務証明書（就業証明書）

氏 名

生年月日

住 所

上記の者、当事業所（法人）において主任介護支援専門員として、現に従事していることを証明します。

年 月 日

事業所（法人）名

代表者名

印

