

令和 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6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	〒											
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

該当者は□内に✓点をうつこと。

受講 優先 順位	地域包括 主任ケアマネ 現任・予定	居宅介護支援事業 管理者 現任・予定	フリガナ 氏 名	介護支援専門員 登録証番号							
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

令和 年 月 日

令和6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														
受講希望者氏名										登録都道府県														
生年月日（西暦）（登録に必要）										緊急連絡時（研修当日）連絡の取れる携帯番号														
年 月 日																								
自宅住所 〒 -																								
メールアドレス（データ便（研修資料）配信のため携帯電話は不可） 必ず記入してください。 @																								
所属事業所名（令和6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				
主任介護支援専門員としての現在の所属 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 □にレ点					1回目					<input type="checkbox"/>				
●主任介護支援専門員の有効期間満了日					年 月 日										2回目					<input type="checkbox"/>				
●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の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等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「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」で実習指導者として実習生を指導したことがある者																						
		⑥ 主任介護支援専門員の業務に必要な知識と経験を十分に有する者（ <u>地域の介護支援専門員に対して指導的立場にある者</u> ）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																						
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。

令和 年 月 日

事業所（法人）名

代表者名

印

