

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7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 登録証明書番号							
1	□	□									
2	□	□									
3	□	□									
4	□	□									
5	□	□									

令和 年 月 日

令和 7 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 7 年 5 月 1 日現在）														介護保険事業者番号							
電話番号														FAX 番号							
希望コースの□に レ点付けて下さい				☐ オンラインコース ☐ 対面会場コース																	
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		2 回目		3 回目					
●主任介護支援専門員 の有効期間満了日				年 月 日								☐		☐		☐					
●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（地域の介護支援専門員に対して指導的立場にある者）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																				
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

上記の者が、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

受講生 個人票（現に事業所に所属していない方用）

ふりがな 氏 名	
住 所	〒
介護支援専門員 登録証明書番号	

主な職歴

[illegible]