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

管理者名

令和７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）

　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 | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日

主任　様式2

令和７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7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（西暦）（登録に必要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 緊急連絡時の携帯電話番号  　　(受講時等の連絡先) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | 年 | |  | | | |  | | 月 | |  | |  | | 日 | |
| 自　宅　住　所　〒　　　－  **(登録に必要ですので必ず記入)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡用ＰＣﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 居宅支援 ・ 介護保険施設 ・ 地域包括 ・ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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・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。  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 | | | ７ | | | － | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| ●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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　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）

□市町村推薦書の写し（該当者のみ）

　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**常勤かつ専従の**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時間数を勤務し、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。

＊奈良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にて申込される方は、事務局までFAXにて連絡いただければ、別様式を送らせていただきます。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者