

令和 8 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。 @																			
O(オー)と0(ゼロ)、1(エル)と1(イチ)、・(ドット)と、(カンマ)、_ (アンダーバー)とー(ハイフン)、等紛らわしいものには破線下に(フリガナ)をお願い致します。																			
所属事業所名（令和8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										<input type="checkbox"/> オンラインコース <input type="checkbox"/> 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		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					受講回数 □にレ点		□			□			□	
●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 <u>通年4回以上</u> 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

