

平成29年度神奈川県主任介護支援専門員研修受講申込書

平成 年 月 日現在

フリガナ								生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
氏 名										
介護支援専門 員の登録	登録番 号(8桁)							登録 都道府県		
有効期間満了日	平成 年 月 日									
現住所	〒 —									
	TEL ()					FAX ()				
勤務先	事業所 名									
		(事業所番号)								
	種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	所在地	〒 —								
	TEL ()					FAX ()				
	職名	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専任 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所管理者兼務 <input type="checkbox"/> その他 ()								
介護支援専門員 実務研修受講試験 受験時の資格要件 (いずれかに○をつ けてください)	医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッ サージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士(含管理栄養士) 精神保健福祉士 相談援助業務従事者(社会福祉主事) 介護等業務従事者(訪問介護員)									
修了研修名 (修了した研修に○を付 けてください)	専門研修(専門研修課程Ⅰ) ※旧制度の現任基礎研修課程ⅠまたはⅡも対象 実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅰと同内容)									
	専門研修(専門研修課程Ⅱ) 実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅱと同内容)									
研修当日の 連絡先 (必ず記載して 下さい。)	※携帯電話のE-mailアドレスをご記入ください。									
	E-mailアドレス:									
携帯電話番号:										

〈個人情報の取り扱いについて〉

- ・神奈川県が知り得た住所、電話番号等の個人情報は、当該研修業務の運営の範囲内で適正に取り扱います。
- ・介護支援専門員登録事項の変更(住所・氏名)があった方は、速やかに変更の手続きをお願いします。

受講要件 いずれかに○をつけて下さい	ア 介護支援専門員（専任（常勤専従））として従事した期間が、通算して5年以上ある
	イ 旧制度のケアマネジメントリーダー養成研修修了者・日本ケアマネジメント学会が認定するケアマネジャーであり、介護支援専門員（専任（常勤専従））として従事した期間が、通算して3年以上ある
	ウ 施行規則第140条の66第1号イの（3）に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
	エ 研修申込開始日が属する月の前月から起算して過去5年以内に介護支援専門員法定研修の講師、ファシリテーターの経験ある者

○常勤専従の介護支援専門員としての職歴

常勤専従の介護支援専門員として従事した期間が5年以上確認できる職歴と期間の合計を記載して下さい。

（注意）

- ここに記載がある職歴全てに様式2「介護支援専門員業務従事証明書」が必要です。
- 様式2「介護支援専門員業務従事証明書」の常勤専従の従事期間をご記入下さい
- 用紙が不足する場合は、コピーして使用すること。
- ケアマネジメントリーダー養成研修・日本ケアマネジメント学会認定ケアマネージャーについては、常勤専従の介護支援専門員として勤務した職歴が3年以上あること。
- 受講要件ウ、エに該当する方は職歴の記載は必要ございません。

事業所名	常勤専従での従事期間
	年 か月 日
	年 か月 日
	年 か月 日
	年 か月 日
	年 か月 日
	年 か月 日
	年 か月 日
	年 か月 日
合 計	年 か月 日

※ 端数の日数を合計した場合、1ヶ月は30日で計算して下さい。