

## 令和4年度神奈川県主任介護支援専門員研修（後期）受講申込書

申込日	令和4年9月 日 ※申込書をご記入いただいた日をお書きください。									
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・令和 年 月 日									
住所	〒 - 携帯番号 ( ) TEL ( )									
勤務先	事業所名									
	事業所番号									(10桁)
	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"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	所在地	〒 - TEL ( ) FAX ( )								
	勤務状況 (該当するものにレ点を)	<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と介護支援専門員との兼務 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員と他職と兼務 (職種 )								
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 (修了した研修にレ点を付けてください)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅰと同内容) <input type="checkbox"/> 専門研修(専門研修課程Ⅱ) <input type="checkbox"/> 実務経験者向け更新研修(専門研修課程Ⅱと同内容)									
演習説明会参加日程にレ点を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> 12月5日(月)14時~15時 <input type="checkbox"/> 12月8日(木)18時30分~19時30分									
メールアドレス	@									
メールアドレスのアルファベットのフリガナ										

※0(ゼロ)、1(イチ)、2(ニ)、-(ハイフン)、\_(アンダーバー)、.(ドット)、/(スラッシュ)、a(エー)、b(ビー)、c(シー)等分かるようアルファベット、数字、記号のフリガナをご記入ください。  
 ※オンライン受講で使用する機器で受信できるメールアドレスをご記入ください。

## 〈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。

<b>受講要件</b> いずれかに○をつけて下さい	<b>ア</b> 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
	<b>イ</b> 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
	<b>ウ</b> 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
	<b>エ</b> 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を合計した年月数を記載して下さい。

- ・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。

(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」「常勤専従の介護支援専門員として従事した期間」と同一期間を  
ご記入下さい。
- ・職歴が古いものから記入して下さい。
- ・用紙が不足する場合は、コピーして使用すること。
- ・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
<b>合計 常勤専従 年月数</b>	<b>年  か月  日</b>

※ 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。