

# 令和5年度神奈川県主任介護支援専門員研修 受講申込書

申込日	令和5年9月 日 <b>※申込書をご記入いただいた日をお書きください。</b>												
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)
	該当する種 別にチェック ☑してくださ い	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> グループホーム									
		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 特定施設	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護									
		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> その他 ( )										
	所在地	〒											
		TEL ( )						FAX ( )					
	勤務状況(該 当するものに ☑チェックし てください)	<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 ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターで介護支援専門員以外の配置(職種 )											
保有資格 (該当す るものに☑チェック してください。)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 相談援助業務従事者(社会福祉主事) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士(管理栄養士含む) <input type="checkbox"/> 介護等業務従事者(訪問介護員) <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
希望コース 日程表をご確認のうえご 希望コースに☑チェック してください	<input type="checkbox"/> Aコース(オンライン)						※Bコース(会場)を希望した方のみ、希望理由をご記入下さい。 (理由)						
	<input type="checkbox"/> Bコース(会場)												
事前説明会参加日程に ☑チェックしてください	<input type="checkbox"/> 11月28日(火)14時～15時						※Aコース(オンライン)を希望された方のみ回答してください						
	<input type="checkbox"/> 11月30日(木)18時30分～19時30分												
メールアドレス	<b>※Bコース会場受講希望の方もご記入ください</b>												
	@												
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。

〈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☑チェックを いれて下さい	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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。

(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。