

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										※介護支援専門員証の有効期間満了日をご確認の上ご記入ください。							
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"/> 小規模多機能型居宅介護							
		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			<input type="checkbox"/> 特定施設			<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(常勤専従) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(非常勤勤務) <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)																	
日中の連絡先に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先																		
緊急連絡先 (任意)	TEL	()										ご記入できる方のみお願いします。 主催者が研修中、緊急時と判断した場合 に連絡することがございます。						
	氏名																	
	続柄・関係																	
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 希望コースに☑ チェック してください	<input type="checkbox"/> Aコース(Zoom)			<input type="checkbox"/> Bコース(会場)			※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)											
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25(火)14時~15時30分			<input type="checkbox"/> 11月26日(水)14時~15時30分			※Aコース(Zoom)、Bコース(会場)ともに事前説明 会の参加は必須です。											
メールアドレス	※Bコース会場受講希望の方もご記入ください																	
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。																		

※各項目について、記載漏れがないようご注意ください。緊急連絡先を除き、その他の項目は必須です。

〈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
合計 常勤専従 年月数	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。