**こちらの枠内に介護支援専門員証のコピーを**

**貼り付けてください。**

**令和７年度**

**主任介護支援専門員研修**

**受講申込書**

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会理事長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 自宅住所 | 〒市区郡都道府県電話番号　　　　（　　　　）※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。 |
| メールアドレスフリガナ |  |
| メールアドレス※携帯-スマホ不可 | ＠※「a（エー）」、「1（イチ）」、「\_（アンダーバー）」、「-（ハイフン）」、「．（ドット）」すべてにフリガナをつけてください。 |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒市区郡都道府県電話番号　　　　（　　　　） |
| 種　別 | 　居宅 ・ 施設 ・ 包括支援センター | 現在の状況 | 現任　・　非現任 |
| 現職種名 |  | 配置状況 | 常勤　・　非常勤 |
| 現勤務体制 | 専　任　　　　・　　　　兼　務　兼務している職名（管理者を含む） |
| 基礎資格（該当するものに○をつける） | ア.薬剤師　イ.保健師　ウ.看護師　エ.准看護師　オ.理学療法士　カ.作業療法士キ.社会福祉士　　ク.介護福祉士　　ケ.社会福祉主事　 コ.ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　 サ.歯科衛生士シ.栄養士　ス.精神保健福祉士　セ.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | 登録地（都道府県） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期限 | 主任有効期限 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

令和７年度主任介護支援専門員研修について、実施要領の内容を理解した上で下記のとおり申込みます。なお、記載した内容は、事実と相違ありません。また、記載した個人情報を指定研修実施機関が「栃木県介護支援専門員資質向上事業実施要綱」に基づき栃木県へ提出することに同意します。

令和７年　　　月　　　日

氏名（自署）

裏面につづく

**研修受講の要件**（該当する記号に○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ア | 専任（常勤かつ専従）の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（６０ヶ月）以上である |
| イ | ケアマネジメントリーダー養成研修を修了しており、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して３年（３６ヶ月）以上である |
| ウ | 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り、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して３年（３６ヶ月）以上である |
| エ | 省令第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 |

**実務従事期間内容**（要件を満たす期間を記入すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務期間 | 勤務先名 | 雇用形態 |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　年　　ヶ月 |  | □常勤□非常勤 | □介護支援専門員専任□介護支援専門員で他職を兼務 |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　年　　ヶ月 |  | □常勤□非常勤 | □介護支援専門員専任□介護支援専門員で他職を兼務 |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　年　　ヶ月 |  | □常勤□非常勤 | □介護支援専門員専任□介護支援専門員で他職を兼務 |
| 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　年　　ヶ月 |  | □常勤□非常勤 | □介護支援専門員専任□介護支援専門員で他職を兼務 |
| 合　計 | 年　　ヶ月 | （内訳）　常勤専従　　　　　　　　　年　　　ヶ月　　　　　非常勤・兼務　　　　　　　年　　　ヶ月 |

**過去の研修受講履歴**（修了証明証のコピーを添付すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研　修　名　等 | 履　　歴 | 証明証の添付（✓を入れる） |
| 専門研修課程Ⅰ | 年度修了　 |  |
| 専門研修課程Ⅱ | 年度修了　 |  |
| 更新研修（実務経験者） | 年度修了　 |  |
| 主任介護支援専門員研修 | 年度修了 |  |
| ケアマネジメントリーダー養成研修 | 県：平成　　　年度（修了番号　　　　　　　）国：平成　　　年度（修了番号　　　　　　　） |  |
| 日本ケアマネジメント学会 | 認定ケアマネジャー（番号　　　　　　　　　） |  |