

## 令和5年度主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

記入日: 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日生
受講会場 〔該当を○で囲む〕	松江 ・ 浜田		介護支援専門員登録番号※8桁
登録都道府県 〔該当を○で囲む〕	1 島根県 2 島根県以外 ( )		介護支援専門員証の有効満了日 平成 年 月 日
主任介護支援専門員に係る 研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員研修 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員更新研修		
	(修了年度) (修了日) 平成 年 月 日	年度	(主任介護支援専門員資格満了日) 平成・令和 年 月 日
文書郵送先住所 (受講決定通知等)	〒		
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ※いずれかにチェック TEL ( ) -		
緊急連絡FAX送付先	FAX ( ) -		
法人名			
事業所名			
介護保険事業番号(10桁)	※勤務先が介護保険事業所の場合は必ずご記入ください		
勤務先	事業所種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 通所介護支援 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> その他( )	
	所在地等	〒  TEL FAX	
保有資格 〔該当を○で囲む〕	1、医師等 2、看護師 3、理学療法士・作業療法士 4、社会福祉士 5、介護福祉士 6、管理栄養士 7、相談援助に従事する者 8、その他( )		

&lt;提出書類&gt;

(下記該当欄にチェックをしてください)

全員が提出する書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し
	<input type="checkbox"/> <u>主任介護支援専門員に係る研修</u> の修了証の写し (主任介護支援専門員研修 又は主任介護支援専門員更新研修)
	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員資格の更新について (有効期間満了日の記載があるもの)
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の指導・支援の実践事例 7科目
介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者	<input type="checkbox"/> 講師等実績申告書または法定外研修講師実績申告書及び証明書(様式2または様式3-①と様式3-②)
地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者	<input type="checkbox"/> 研修実施機関が交付する研修修了証明書の写し
日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者	<input type="checkbox"/> 該当する研究大会で演題発表等を行ったことが分かるもの
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	<input type="checkbox"/> 有効期間内の「認定証」の写し