

## 平成28年度 群馬県主任介護支援専門員研修受講申込書

平成28年度群馬県主任介護支援専門員研修について、研修案内の内容を了解した上で、下記のとおり申し込みます。

該当要件A～D-イに当てはまるものに○をつけてください。

A ・ B ・ C ・ D-ア ・ D-イ

記入日 平成 年 月 日

管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 1 受講希望者について

受講希望者本人	ふりがな											性別	男 ・ 女								
	氏名											生年月日	昭和 平成	年	月	日					
	住所	〒 -										自宅電話									
												携帯電話									
	介護支援専門員証登録番号											登録都道府県	都 道 府 県								
												有効期間満了日	平成	年	月	日					
	基礎資格 いずれかに○→	薬剤師 保健師 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 社会福祉主事 ホームヘルパー 歯科衛生士 言語聴覚士 精神保健福祉士 柔道整復師 栄養士 その他( )																			
受講要件に該当する 介護支援専門員の実務経験	_____年 _____か月※ ※実務経験の基準日は研修初日前日(平成28年7月10日)現在で算定してください。また、1か月に満たない端数は切り捨ててください。																				
現在の勤務先	事業所名																				
		事業所番号																			
	所在地	〒 -																			
	電話番号											FAX									
事業所形態	1 地域包括支援センター    2 居宅介護支援事業所 3 その他 ( ) ← いずれかに○																				

※電話番号は申込内容確認のため、確実に連絡の取れる番号(昼間の連絡)を記入してください。

※登録番号は、写真付きの介護支援専門員証でご確認ください。

※管理者氏名は現在の事業所の管理者で結構です。(法人代表者でなくても可、出向の場合は出向先)  
また、申込者が管理者の場合ご自身の署名・押印になります。(認印可)

## 2 介護支援専門員としての実務従事期間（常勤・非常勤、専従・兼務）の詳細

\* 研修初日前日（平成 28 年 7 月 10 日）までの介護支援専門員として勤務したすべての期間を記入し、雇用形態に必ずチェックを入れてください。欄が不足する場合にはコピーして記入してください。ただし、申込日から研修前日までの期間は見込となります。

勤務期間		勤務先名	雇用形態	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [ ] ・前ページ【対象事業所等一覧】の ①～⑩の番号をご記入ください。 [ ]	<input type="checkbox"/> 常勤  <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名( )
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [ ] ・前ページ【対象事業所等一覧】の ①～⑩の番号をご記入ください。 [ ]	<input type="checkbox"/> 常勤  <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名( )
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [ ] ・前ページ【対象事業所等一覧】の ①～⑩の番号をご記入ください。 [ ]	<input type="checkbox"/> 常勤  <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名( )
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [ ] ・前ページ【対象事業所等一覧】の ①～⑩の番号をご記入ください。 [ ]	<input type="checkbox"/> 常勤  <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名( )
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	年 か月	・事業所名 [ ] ・前ページ【対象事業所等一覧】の ①～⑩の番号をご記入ください。 [ ]	<input type="checkbox"/> 常勤  <input type="checkbox"/> 非常勤 週__時間	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員専従  <input type="checkbox"/> 介護支援専門員で他職を兼務 他職の職名( )
合 計 (平成28年7月10日現在)		(内訳) 常勤専従 常勤兼務 非常勤専従 (週__時間) 非常勤兼務 (週__時間)	____年____か月 ____年____か月 ____年____か月 ____年____か月	

## 3 受講要件に関する研修修了状況について

受講した研修の 1～5 の番号を○で囲み、修了年度等をご記入ください。（できるだけ直近の修了年度をお書きください。）

研修修了状況	1	平成 14～17 年度 ケアマネジメントリーダー養成研修	平成 ____年度修了
	2	平成 15～17 年度 基礎研修課程Ⅰ	平成 ____年度修了
	3	平成 15～17 年度 基礎研修課程Ⅱ	平成 ____年度修了
	4	平成 18～27 年度 専門研修課程Ⅰ	平成 ____年度修了
	5	平成 18～27 年度 専門研修課程Ⅱ	平成 ____年度修了

#### 4 受講要件について

↓ A～Dで該当するものを1つ ○で囲んでください。

添付書類：5 添付書類を参照

A	専任の介護支援専門員の実務経験が5年（60か月）以上	① ② ③ ④ ⑧
B	日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー等	① ② ③ ④、⑤又は⑥、⑧
C	ケアマネジメントリーダー養成研修修了者	① ② ③ ④ ⑧
D-ア	介護支援専門員としての実務経験が5年以上あり、県が実施する介護支援専門員研修の講師を務めた経験があるか、現に務めている者で、県が適当と認める者	① ② ③ ④ ⑦ ⑧
D-イ	居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターとの兼務で、通算5年（60か月）以上の介護支援専門員の業務に従事している者	① ② ③ ④ ⑧

#### 5 添付書類（チェック欄に レ点を入れて確認してください。）

チェック	書 類 名
①	写真付きの介護支援専門員証の写し ※A4サイズ縦の用紙に、原寸大でコピー
②	平成18～27年度に実施した専門研修課程Ⅰの修了証明書の写し 又は、平成15～17年度に実施した基礎研修課程Ⅰ若しくはⅡの修了証明書の写し
③	平成18～27年度に実施した専門研修課程Ⅱの修了証明書の写し
④	実務経験証明書：届出様式2
⑤	ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証明書の写し
⑥	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の認定登録証の写し
⑦	介護支援専門員研修の講師の経歴書（任意様式）
⑧	居宅サービス計画一式（事例の概要、基本情報、課題分析概要、居宅サービス計画表又は介護予防サービス支援計画表） ※必ず決められた様式で提出すること

#### 6 申込者の優先順位

同一事業所から複数の人の申込みをする場合、受講優先順位を記入してください。

同一事業所からの申込人数 人、うち本申込書受講希望者の優先順位 番

#### 7 本研修の受講動機、主任介護支援専門員の役割をどのように果たしたいと考えているか。

※未記入の場合は、受講をお断りします。

#### 8 身体の障害等のため受講において配慮を希望する場合は、その内容を記入してください。

個人情報について：受講申込書および添付書類の記載事項は、群馬県介護支援専門員研修の運営、特に受講資格確認、名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用いたしません。