

令和元年度 主任介護支援専門員研修受講申込書

別紙 1

令和元 年 月 日

氏 名 印

このことについて、下記のとおり申込みます。

ふりがな										
氏 名 (生年月日: 19 年 月 日)										
登録番号								有効期間満了日	平成 年 月 日	
事業所名								該当するところに○で囲んでください	地域包括支援センター	地域密着型サービス
									居宅介護支援事業所	その他 ()
									介護保険施設	
事業所の所在地 〒 -										
(TEL FAX)										

※事業所名は略さず正確に記載すること。また電話番号は局番から記載してください。

【要件1】対象者区分

該当する対象者の要件欄に○を記入してください。

○の欄	【対象者の要件1 ①から④のいずれか1つ】
	①常勤専従60月以上
	②認定ケアマネジャーとして常勤36月以上
	③現在地域包括支援センターに配属されていて、予防プランを作成している期間が通算60月以上
	④介護支援専門員として従事した期間が60月以上で指導者としての経験がある者

【要件2】介護支援専門員専門研修Ⅱの受講状況

介護支援専門員専門研修Ⅱ	平成 年 月 に修了
--------------	------------

※介護支援専門員専門研修Ⅱ(直近:H26~30年度)受講状況を記入すること。

●受講申込み者の現況に当てはまるものすべてに○をつけてください。

	現在、居宅介護支援事業所の管理者として勤務している者
	平成30年度主任介護支援専門員研修に受講申込みをして、定員超過を理由に受講が認められなかった

●介護支援専門員としての従事期間

介護支援専門員としての職歴について、専任・兼任にかかわらず全て記載してください。

	従事期間	勤務先	専任・兼任の別		職名
			専任	兼任	
「例」 H26年4月1日～ 〇〇元年6月30日	5年3ヶ月	〇△指定居宅支援事業所	専任	兼任	管理者兼介護支援専門員
H 年 月 日～ H 年 月 日	年 ヶ月		専任	兼任	
H 年 月 日～ H 年 月 日	年 ヶ月		専任	兼任	
H 年 月 日～ H 年 月 日	年 ヶ月		専任	兼任	
H 年 月 日～ H 年 月 日	年 ヶ月		専任	兼任	
合計	年 ヶ月				

*端数の日数は30日を1ヶ月として計算してください。

*「専任従事期間」とは介護支援専門員としての常勤専従の期間をいい、居宅介護支援事業所の管理者以外の職種を兼務した期間は専任従事期間に含めることはできません。

居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターとの兼務期間は「専任」ではなく「兼任」となります。

*併設事業所の業務を兼務している期間や、居宅介護支援事業所の管理者以外の職種を兼務している期間は「兼任」としてください。

*従事期間には、病気休暇・産前産後休暇・育児休暇は含みませんのでご注意ください。

*従事期間は〇〇元年6月30日現在（見込み）の状況で記入してください。

*従事した事業所発行の従事証明書を添付してください。

*地域包括支援センター勤務の方については、予防プランを作成している期間も含めて記入してください。

その際は、社会福祉士や看護師等の配置された職名で記入してください。

この証明書は受講者本人が記載するのではなく
事業所側が証明（記載）するものです

従 事 証 明 書

別紙 2

令和元年 月 日

所 在 地
法 人 又 は 事 業 所
代 表 者 氏 名
電 話 番 号
(証明書作成者名)

証明印

下記の者の介護支援専門員としての従事期間は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
事 業 所 名					
介護支援専門員としての従事期間（専任・兼任の別に記入）			職 名		
「例」 専 任 兼 任	平成27年4月1日～〇〇元年6月30日 (5 年 3ヶ月)		管理者兼介護支援専門員		
専 任 兼 任	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (年 ヶ月)				
専 任 兼 任	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (年 ヶ月)				
専 任 兼 任	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (年 ヶ月)				
専 任 兼 任	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (年 ヶ月)				
専 任 兼 任	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (年 ヶ月)				

* 「専任従事期間」とは介護支援専門員としての常勤専従の期間をいい、居宅介護支援事業所の管理者以外の職種を兼務した期間は専任従事期間に含めることはできません。（併設事業所の業務を兼務した期間は含めることができません。）

居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターの兼務期間は「専任」ではなく「兼任」となります。

* 併設事業所の業務を兼務した期間や、居宅介護支援事業所の管理者以外の職種を兼務している期間は「兼任従事期間」としてください。

* 本書の提出後に、勤務の状況が確認できる書類の提出を求めることがあります。

* 従事期間には、病気休暇・産前産後休暇・育児休暇は含みませんのでご注意ください。

* 要件を満たさなかった場合には、主任介護支援専門員研修の修了が無効となるので従事期間の確認には十分に留意願います。

* 同一法人内で事業所を異動した場合には、法人による証明に代えることができます。この場合、各事業所毎に従事期間を記載し事業所名を職名欄に記載してください。

* 地域包括支援センター勤務の方については、予防プランを作成している期間も含めて記入してください。

その際は、介護支援専門員以外で配置されていた場合は、社会福祉士や看護師等の配置された職名で記入してください。

この証明書は受講者本人が記入するのではなく
事業所側が証明・記載するものです

活 動 実 績 証 明 書

別紙 3

令和元年 月 日

所在地
法人又は事業所
代表者氏名
電話番号
(証明書作成者名)

証明印

下記の介護支援専門員に対する指導者としての実績は以下のとおりであると証明します。

氏 名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
事業所又は施設名			
実 施 月 日	具 体 的 内 容		
「例」 H30. 4. 22 H30. 5. 15 ・ ・	・事業所内の研修会の実施 内容を具体的に記載する。(例：新任職員10人を対象に、〇〇について資料を作成して90分間講義を行った) ・事業所内で事例検討会を実施。 出席者の人数、事例の内容について簡単に記載すると共に、事例検討会でどのような支援・役割を担ったのか具体的に記載すること。		

*「指導者としての経験」とは、市町村や各種団体の実施する研修の講師、事業所内の研修の講師、その他介護支援専門員の育成や指導に関わる活動も含みます。

*活動内容は平成29年度から現在までの実績とします。内容等は具体的に記入してください。
内容が不明な場合は、照会させていただきますので、詳細に記入ください。