

主任介護支援専門員研修受講申込書

(専任期間 5 年以上又はケアマネジメントリーダー養成研修修了者等で専任期間 3 年以上の者用)

下記の者について、平成 26 年度熊本県主任介護支援専門員研修の受講を希望します。

事業所名： (事業所番号：)

〒

所在地：

代表者氏名： (印) (申込書作成担当者氏名：)

特定事業所加算 (Ⅰ・Ⅱ) に係る申請 … 平成 年 月 日 提出 (予定・済み)

事業所内に既に主任介護支援専門員がいるか。 (いる ・ いない)

→ 「 いる 」 の場合、当該主任介護支援専門員 すべての氏名及び研修修了年度を記載

氏名 研修修了年度 平成 年度

氏名 研修修了年度 平成 年度

氏名 研修修了年度 平成 年度

氏名 研修修了年度 平成 年度

→ 当該主任介護支援専門員が平成 26 年度中に不在となる予定の有無。(有 ・ 無)

→ 「有」の場合、その不在となる理由を下記に具体的に記入して下さい。

理由…

記

ふりがな 氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
現 住 所	〒			電話番号	
勤 務 先	名 称 (部課室係)			電話番号	
	所在地	〒		FAX 番号	
介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格要件 (該当するものを○で囲むこと) 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 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 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧士 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士 精神保健福祉士 その他相談職 その他介護職					
日中の連絡先 (※)					

※日中の連絡先…研修に係る緊急の連絡を差し上げる場合がありますので、日中必ず連絡のつく電話番号を記載ください。(複数可)

(裏面も必ず記載ください)

介護支援専門員に関する職歴

(平成 26 年 10 月 1 日現在までの予定を含む)

	勤務期間	勤務先	専任・兼務の別	兼務の内容	備考
平成 年 月 日から	年 ヶ月 日		専任 兼務		
平成 年 月 日まで					
平成 年 月 日から	年 ヶ月 日		専任 兼務		
平成 年 月 日まで					
平成 年 月 日から	年 ヶ月 日		専任 兼務		
平成 年 月 日まで					
平成 年 月 日から	年 ヶ月 日		専任 兼務		
平成 年 月 日まで					
合 計	年 ヶ月 日				

- ・介護支援専門員としての職歴について、専任・兼務にかかわらず全て記載してください。(期間は 30 日を 1 ヶ月として計算してください。)
- ・業務従事証明書(別紙様式 2-2)を添付してください。
- ・当該事業所の管理者として兼務した期間は、専任期間に含めてください。
- ・「専任」とは常勤かつ専従のことであり、他の事業所と兼務している期間及び管理者以外の職種を兼務している期間は「兼務」としてください。

介護支援専門員登録

資格の種類	登録・認定年月日	備 考
介護支援専門員	平成 年 月 日	登録番号 () 登録都道府県 () (※)
日本ケアマネジメント学会認定ケアマネ (**))	平成 年 月 日	認定番号 会員番号

*熊本県以外で登録されている場合、介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書の写しを添付してください。

**日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写を添付してください。

研修受講歴

研修課程・コース名	修了年度(注1)	備考
ケアマネジメントリーダー養成研修 (注2)	14・15・16・17	
地域包括支援センター職員研修	17・18・19・20・21・22・23・24・25・26	
専門研修課程 I (注3)	18・19・20・21・22・23・24・25・26(月修了予定)	
専門研修課程 II (注3)	18・19・20・21・22・23・24・25・26(月修了予定)	
更新研修(注3)	19・20・21・22・23・24・25・26(月修了予定)	
20H更新研修	24・25・26(月修了予定)	
介護支援専門員研修における圏域講師養成に係る研修	24	

注1) 年度欄には受講したすべての年度を○で囲んでください

注2) ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写しを添付して下さい。

注3) 専門研修(課程 I 及び課程 II の合計 53 時間)の修了証書又は更新研修(53 時間)の修了証書の写しを添付してください。平成 26 年度受講予定の者については、別途、研修修了後に提出ください。