

様式 1

主任介護支援専門員研修受講申込書（地域包括支援センター職員用）

ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年月日	T (歳) S 年 月 日
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）

介護支援専門員に関する職歴（平成 28 年 11 月 1 日現在までの予定を含む）

	勤務期間 ※1 (通算勤務時間)	勤務先 ※2	専任・兼務 の別 ※3	兼務の業務 ※4	備考
H 年 月 日から	年 月 日		専任		
H 年 月 日まで	(延時間: H)		兼務		
H 年 月 日から	年 月 日		専任		
H 年 月 日まで	(延時間: H)		兼務		
H 年 月 日から	年 月 日		専任		
H 年 月 日まで	(延時間: H)		兼務		
H 年 月 日から	年 月 日		専任		
H 年 月 日まで	(延時間: H)		兼務		
合 計	年 月 日 (延時間: H)	※上記全ての累計を記入してください。 (介護支援専門員としての業務に係るもののみ)			

※1 勤務期間について、他の業務と兼務の場合は、実際に介護支援専門員業務に関わった期間と時間の累計を記載してください。（期間は1日を8時間、30日を1ヵ月として計算して下さい。）

なお、居宅介護支援事業所で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。

※2 勤務先について、兼務の場合は介護支援専門員としての主たる事業所名を記載してください。

※3 「専任」とは常勤かつ専従のことであり、他の事業所で業務している期間及び居宅介護支援事業所での管理者以外の職種を兼務している期間がある場合は「兼務」としてください。

※4 兼務の業務について、管理者以外の職種を兼務している場合のみその期間中の業務名を記載してください。

介護支援専門員登録

資格の種類	登録年月日	備 考
介護支援専門員	平成 年 月 日	登録番号 () (*)
日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネジャー (**)	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しを添付して下さい。

研修受講歴

研修課程・コース名	修了年度 (注1)
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・27・28
専門研修課程Ⅰ (注3)	18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28(月修了予定)
専門研修課程Ⅱ (注3)	18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28(月修了予定)
更新研修 (初回) (注3)	19・20・21・22・23・24・25・26・27・28(月修了予定)
更新研修 (2回目以降)	24・25・26・27・28(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) 修了年度欄には受講した全ての年度を○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) 直近の専門研修(課程Ⅰと課程Ⅱ)の修了証書又は更新研修の修了証書の写しを添付してください。

平成28年度受講予定の方については、別途、研修修了後に提出して下さい。