

申込様式4 (提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。)

令和5年度岩手県介護支援専門員 **主任研修** 受講申込書

本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、主任介護支援専門員研修の受講を申し込みます。

記入日 令和5年 月 日

フリガナ氏名								生年月日		昭和 平成		年 月 日	
介護支援専門員登録番号								※この欄に介護支援専門員証のコピーを貼付してください。 【貼付前にご確認ください】 有効期間満了日が 令和6年(平成36年)1月～12月 の方は、 更新研修 の受講が必要です。					
有効期間満了日		令和・平成 年 月 日											
登録地		☐ 岩手県 ☐ (都道府県)											
自宅住所		〒											
自宅電話番号		()											
携帯電話番号		()											
eラーニング登録用メールアドレス		※ 正確に、読みやすい文字でお書きください。											
勤務先	事業所番号							※ 番号がない場合は空欄					
	法人名												
	事業所名												
	住所	〒											
	電話番号	()											
	事業所区分	☐ 1 居宅介護支援事業所 ☐ 2 地域包括支援センター ☐ 3 特定施設入居者生活介護 ☐ 4 小規模多機能型居宅介護 ☐ 5 認知症対応型共同生活介護 ☐ 6 地域密着型特定施設入居者生活介護 ☐ 7 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 ☐ 8 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 9 介護老人福祉施設 ☐ 10 介護老人保健施設 ☐ 11 介護療養型医療施設 ☐ 12 介護医療院 ☐ 13 その他 ()											
現在、介護支援専門員の実務に就いていますか。								☐ 就いている ☐ 就いていない					
【確認】今年度、他の岩手県介護支援専門員法定研修を受講しますか。								☐ しない ☐ する(研修名： 専門Ⅰ・更新 、 専門Ⅱ・更新)					
身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合は、内容を具体的にご記入ください。													

※ 2枚目以降もご記入ください。

受講申込者氏名

■ 受講要件確認

受講要件について該当する箇所にチェックを入れ、確認書類を添付してください。

【全員必須】

チェック欄	受講要件	確認書類
☐	前年度までに専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは実務経験者に対する更新研修を修了している。	専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは実務経験者に対する更新研修の修了証明書の写し (専門Ⅰについては平成 15～17 年度に実施された介護支援専門員現任研修基礎研修課程又は基礎研修課程Ⅰ・Ⅱでも可)

【下記のうちいずれか1つ】

チェック欄	受講要件	確認書類
☐ 受講対象者 (2)①	「専任※」の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60 か月)以上である。(指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定可)	・実務経験証明書(指定様式)
☐ 受講対象者 (2)②	ケアマネジメントリーダー養成研修の修了者又は認定ケアマネジャーであって、「専任」の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36 か月)以上である。	・実務経験証明書(指定様式) ・ケアマネジメントリーダー養成研修の修了書又は認定ケアマネジャー認定証の写し
☐ 受講対象者 (2)③	介護保険法施行規則140条の66第1号のイ(3)に規定する「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に地域包括支援センターに配置されている者であって、市町村長の推薦がある。	・実務経験証明書(指定様式) ・ケアマネジメントリーダー養成研修の修了書の写し ・市町村長の推薦書(任意様式)
☐ 受講対象者 (2)④ア	常勤の介護支援専門員として従事した期間(兼務の期間を含む)が通算して5年(60 か月)以上であって、兼務の内容が在宅介護支援センターにおける相談援助業務である。	・実務経験証明書(指定様式) ・在宅介護支援センター運営に係る市町村からの委託契約書の写し
☐ 受講対象者 (2)④イ	常勤の介護支援専門員として従事した期間(兼務の期間を含む)が通算して5年(60 か月)以上であって、介護支援専門員研修または介護支援専門員の資質向上を目的として全県もしくは高齢者福祉圏域で実施する研修において講師の実績がある。	・実務経験証明書(指定様式) ・該当する研修における講師の実績を証明する書類(研修名、実施主体、受講対象者、研修内容がわかるもの、講師依頼文書や講義資料等)の写し

※「専任」の介護支援専門員とは、「常勤」かつ「専従」の介護支援専門員のことを指します。

「常勤」とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とします)に達していることをいいます。

「専従」とは、勤務時間帯を通じて当該業務以外の職務に従事しないことをいいます。この場合の業務時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいいます。

所 属 事 業 所 推 薦 書

【受講申込者記入欄】

受講申込者氏名	
受講目的 (複数選択可)	☐ 資質向上（自己研鑽）のため ☐ 主任介護支援専門員として地域貢献したいため ☐ 特定事業所加算を取得（格上げ）するため ☐ 指定居宅介護支援事業所の管理者要件を満たすため ☐ 地域包括支援センターの（将来的に）職員配置基準を満たすため ☐ その他（ ）
主任介護支援専門員研修は、人材育成及び地域づくりを实践できる人材を養成することを目的にしています。 このことを踏まえ ①主任を目指すにあたり、これまでご自身が取組んできたこと ②今後、主任として実践したいと考えていること ③自身の目指す主任の姿など 400～600 字の文章で記入してください。	

【管理者記入欄※】

上記の者を次の理由から主任介護支援専門員の受講者として推薦します。 （例：介護支援専門員としての仕事及び資質向上の姿勢、指導者としての資質等を記入）
記入 日：令和5年 月 日 事業所名： 管理者氏名：

印

※ 受講申込者が勤務する事業所の管理者が記入してください。

受講申込者が管理者の場合は、法人の事務局長等または地域包括支援センターの管理者に記入を依頼してください。