

# 記入例

※全員の方が提出

## 令和 2 年度千葉県主任介護支援専門員研修 受講申込書

千葉県知事 森田 健作 様

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	チバ タロウ						性別	男 ・ 女								
氏名	千葉 太郎						生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇 才							
介護支援専門員証登録番号	1	2	3	4	5	6	7	8	登録都道府県	千葉県						
介護支援専門員証有効期間満了日	平成 令和	6 年 3 月 3 1 日						介護支援専門資格を更新したことがある、もしくは更新申請中である	<input checked="" type="checkbox"/>	更新した年	令和 1 年					

介護支援専門員受験時の基礎資格（複数可） ※グループ分けの際に参考にします。

- 1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 看護師 6. 准看護師 7. 理学療法士 8. 作業療法士
- 10. 介護福祉士 11. 歯科衛生士 12. あん摩マッサージ指圧師 13. 鍼灸師
- 16. 栄養士 17. 精神保健福祉士 18. その他（社会福祉主事）

直近の更新申請をした年を記入する。  
研修を受講修了した年ではない。

自宅住所	〒000-0000 千葉県〇〇市◇◇◇1-23-4												
電話	000 ( 000 ) 0000						携帯電話	000 ( 0000 ) 0000					

現在の勤務先（書類送）	事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	名称	法人名 有限会社□□□					事業所名 居宅介護支援センター△△					
	所在地	〒000-0000 千葉県〇〇市◇◇◇1-23-4 電話 000 ( 000 ) 0000										

記入漏れに注意！	確認欄	現在、常勤の介護支援専門員として従事している ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		現在の勤務先に半年以上継続して勤務している ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

事業所区分（該当する番号に○）	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 居宅介護支援   2. 介護老人福祉施設   3. 介護老人保健施設   4. 介護療養型病床   5. 小規模多機能 6. グループホーム   7. 特定施設   8. 地域包括支援センター   9. その他（ ）											
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受講対象要件（個別要件） 該当箇所 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ①	常勤専従期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者
	<input checked="" type="checkbox"/> ②	ケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者、又は認定ケアマネジャーであり、かつ常勤専従
	<input type="checkbox"/> ③	地域包括支援センターに配置されている者
	<input type="checkbox"/> ④-1	在専 通算5年（60ヶ月）以上、現に介護支援
	<input type="checkbox"/> ④-2	地 推薦を受けた者
<input type="checkbox"/> ④-3	現に介護支援専門員指導者として介護支援専門員研修の指導に携わる者で本研修を未受講の者	

該当する要件が複数ある場合は  
すべてにを記入する。その場合  
は該当の証明書等も添付する。

受講対象要件に該当	勤務先等名称（就業時期が古い順に記載）	介護支援専門員としての務経験期間	通算期間 (提出した実務経験期間の合算期間)	6 年 3 ヵ月
	1 〇〇居宅介護支援事業所	5 年 5 ヵ月		
	2 居宅介護支援センター△△	年 8 ヵ月		

左記に記載した合算期間。  
実務経験証明書の添付がなく左記  
に記載のない期間は含めない。

1カ所の事業所で5年の要件を満たしていても、現在の在籍を確認するため、必ず現在の勤務先を含める。

実務経験証明書のBの期間と一致する。こちらに記載した期間の実務経験証明書を添付すること。

- 5. 勤務先が左記枠内を超える場合（5箇所以上）は申込書をコピーし添付する。
- 6. 現在の勤務先を含めて、就業時期が古い順に記載する。

※全員の方が提出

- 〈修了証明書の写しの添付〉
- ・チェックした研修の修了証明書の写しを必ず添付すること。
  - ・同じ研修を複数回受講している場合は直近の研修の修了証明書を添付すること。

## ●ア.2枚 (AとBの両方が必要)

研修名		修了年度		介護支援専門員証の写し貼付欄
A	専門研修課程 I	<input checked="" type="checkbox"/>	平成28 年度	<input checked="" type="checkbox"/> チェックした研修の修了証明書の写しを必ず添付する。 アの場合⇒AとBの両方の <u>計2枚添付</u> イの場合⇒ <u>1枚添付</u>  同じ研修を複数回受講している場合は、 <u>直近</u> の修了年度を記入する。
B	専門研修課程 II、又は更新研修後期	<input checked="" type="checkbox"/>	平成30 年度	
●イ.1枚				
更新研修 前期後期		<input type="checkbox"/>	年度	
●その他の証明書の写し (該当者のみ)				
ケアマネジメントリーダー		<input checked="" type="checkbox"/>	平成30 年度	
認定ケアマネジャー		<input type="checkbox"/>	年度	

※紛失等によりやむを得ず修了証明書が添付できない場合は、以下太枠内に必要事項を記入してください。ただし、書類不備として研修受講者選考において下位になる場合がありますので予めご了承ください。

修了証明書が添付できない場合のみ記入 (添付している方は記入不要)				
氏名		介護支援専門員 登録番号		
修了年度・研修名	_____ 年度	修了証明書を添付する場合は記入不要。		修を受講 都道府県
添付できない理由				

〈講師等活動内容〉 県、市町村等の実施する介護支援専門員を対象にした研修の講師経験や指導経験等がある場合は以下に具体的な活動内容をご記入ください。

研修名 (会議名)	具体的な活動内容 (担当講義等)		実施時期
例) 千葉県介護支援専門員実務研修	講師、 演習指導者	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	平成 29 年度

〈署名〉 上記記載内容及び実務経験証明書等の提出書類の記載事項に相違がないことを確認し、かつ、主任介護支援専門員の役割を理解し、地域及び主任介護支援専門員の活動支援のため、要請等があった際は提出書類の内容を市町村等に提供することに同意します。

氏名 (自署) 千葉 太郎

<備考欄>
-------

# 受講申込書 様式2-3 記入にあたって

【インターネット環境について】  
新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、ご自身の健康と安全を確保するため、本研修はオンライン形式で開催いたします。皆様の現時点でのインターネット環境について、※現時点で以下の環境を満たすことが受講選考に必要です。

1 Zoom を利用したことがありますか

Zoom 公式ホームページ

<https://zoom.us/>

初めてお使いになる方は…

ご参考までに公式ホームページをご覧ください。

主催者から指示があるまで Zoom をインストールする必要はありません。



申込者氏名	質問	項目 (複数可)	備考
	1 Zoom を利用したことがありますか	<input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 参 <input type="checkbox"/> ない、知ら 	
	2 メールアドレスはありますか	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 事 	
	3 研修受講用に使用できるパソコン等がありますか	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 事 	
	4 インターネット環境はありますか (通信容量の確認)	<input type="checkbox"/> 容量制限あり <input type="checkbox"/> 容量 (容量不足) に注意が必要です。容量を超えた場 	
	5 周辺機器はありますか	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> スピーカー <input type="checkbox"/> イヤホン 	
	6 Web研修に参加する場合の場所は確保できますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 	
	7 Web研修となる場合に参加できますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 	
	8 その他不明点があれば具体的に記入してください		

3 研修受講用に使用できるパソコン等がありますか

スマホでも受講はできるが…

大画面で資料が見れるパソコンが望ましい



4 インターネット環境はありますか (通信容量の確認)

容量不足 (通信遮断) とならないよう通信環境を確認しておこう!!

ポケットタイプ (持ち運び)  
固定 (有線・無線) タイプ etc



5 周辺機器はありますか

カメラ



カメラのみ購入し使用しているパソコンに取り付けることもできます

マイク  
スピーカー  
イヤホン



同様に使用しているパソコンに取り付けることもできます

※カメラ、マイク、スピーカーが一体型のものもあります

6 Web研修に参加する場合の場所は確保できますか

事業所で行う注意点



他のスタッフの迷惑にならないように

受講者以外の視聴、聴講等は禁止

研修に集中できる環境



実務経験証明書

※全員の方が提出

証明期間は要件を満たす期間（通算で5年 ※個別要件②の場合は3年）が証明されていれば可。現在の在籍状況を確認するため、現在の勤務先の実務経験証明書も必ず提出すること。

令和 年 月 日

作成日を記入する。

所在地 〒

法人内で異動のある場合は、必ず法人の代表者が証明し、複数異動の詳細（期間、事業所名、職種等）を備考欄に記載すること。この場合に限り1枚にまとめて作成することも可。

法人名又は事業所名 \_\_\_\_\_ A欄 \_\_\_\_\_
代表者職名・氏名 職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_
代表者以外の者が作成する場合 職名・氏名 職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

事業所 確認印 公 印

下記の者の介護支援

A欄とB欄の名称が異なる場合はその理由を備考欄に記載すること。

であることを証明します。

Table with fields: フリガナ, 申込者氏名, 生年月日 (昭和・平成 年 月 日), 事業所名 (法人: 株式会社〇〇〇, 事業所: 〇〇〇居宅介護支援事業所), 介護支援専門員実務従事期間 (A: 平成26年4月1日~令和2年8月30日, 現在就業中)

過去に勤務した者の証明をする場合で、申込者が当時旧姓であった場合は、現在の姓の隣に（旧姓〇〇）と記入する。

現在就業中の場合は、作成日を記載する。

兼務の期間も含め介護支援専門員として従事した全ての期間を記載する。

事業所の管理者との兼務期間を含んでいる場合 平成29年4月1日~令和2年3月15日

[ 1 年 11 ヵ月 ]

(現在就業中の場合 [ ])

常勤や専任の期間については開催案内p.4で確認してください。

を含んでいる場合

1ヵ月に満たない場合は切り捨てる。

Table with fields: 場合に記入, 介護支援専門員以外の兼務職種, その他の職種の兼務期間や病気休業及び育児休業等の期間を含んでいる場合 (平成29年4月1日~平成30年2月15日 [ 年 10 ヵ月 ]), 本研修要件に算定できる実務従事期間 (B: Aの期間 - ウの期間 = [ 5 年 5 ヵ月 ])

備考

【事業所の閉鎖等により証明が難しい場合】

- ・廃止事業所の元代表者と連絡が取れる状況で、現在も受講申込者の勤務記録を保管しているのであれば、「元△△事業所代表者〇〇〇」と元代表者に証明してもらい、具体的な経緯等を備考欄に記載してください。
・上記が難しい場合は、受講申込者が保有している廃止事業所の当時の雇用契約書と給与明細書などのコピーを添付し、実務経験証明書を自書してください。ただし、提出された書類で受講要件を満たしていることが確認できない場合は、受講が認められない場合があります。
・事業所の合併・譲渡・統合等の場合は、現在の所属先の代表者に証明してもらい、具体的な経緯等を備考欄に記載してください。

- (注1) 申込者はない
(注2) 実務経験
(注3) 作成にあつて

所属事業所推薦書

※全員の方が提出

令和 年 月 日

【申込者が事業所の代表者の場合】

- ①法人の代表者がいる場合は、法人の代表者へ作成を依頼してください。
- ②法人の代表者も申込者本人である場合は、担当地区の地域包括支援センターに作成を依頼してください。

〒

事業所確認印  
公印

A欄

代表者職名・氏名  
職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

上記②地域包括支援センターが作成する場合の記入方法

A欄…申込者が、本人の事業所の情報を記入し押印する。

B欄…地域包括支援センターの担当者が、地域包括支援センターの情報を記入し押印する。

〒

作成  
事業所名

事業所確認印  
公印

B欄

代表者職名・氏名  
職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

の者は、主任介護支援専門員研修の受講要件を

上記②地域包括支援センターが作成する場合は☑を記入する。

上記②地域包括支援センターが作成する場合のみ押印する。

申込者氏名 \_\_\_\_\_

代表者記入欄

受講申込者が代表者であるため地域包括支援センターが作成しました→

推薦理由、研修で特に学んでほしいこと等

代表者または地域包括支援センターが記入してください。未記入のもの、本推薦書の提出がないものは受付できない場合があります。(申込者が自書した場合は無効)

介護士 \_\_\_\_\_

研修受講修了後 \_\_\_\_\_

【申込者記載欄】 受講目的、研修で学びたいこと、普段の活動状況等

申込者記入欄

申込者が記入してください。未記入のもの、本推薦書の提出がないものは受付できない場合があります。

該当者は☑をしてください。

1.現在、居宅介護支援事業所の管理者である→

2.本研修を受講修了後に、居宅介護支援事業所の管理者となる予定がある→

3.本研修を受講修了後に、特定事業所加算を算定する予定がある→  ( I ・ II ・ III ・ IV )

所属事業所の概要 (2020/8/1 現在申込者本人含)		特定事業所加算取得状況 (2020/8/1 現在)	
事業所内の介護支援専	申込者が所属している事業所内の人数を記入してください。(法人全体ではない)	I 算定	有 ・ 無
事業所内の主任介護支		II 算定	有 ・ 無
		III 算定	有 ・ 無
		IV 算定	有 ・ 無

(注1) 申込者が事業所の代表者等である場合は、法人の代表者に作成を依頼してください。法人の代表者が申込者本人の場合は担当地区の地域包括支援センターなどの推薦を受けてください。

(注2) 推薦書の内容は、研修受講者選考の参考とさせていただきます。未提出や未記入などがある場合は、選考において下位となり、受講をお断りする場合があります。

(注3) 研修期間中に所属事業所を変更した場合は、変更届とあわせて本用紙をあらたに提出していただきます。