

令和2(2020)年度千葉県主任介護支援専門員研修【提出物確認書】

- 記入漏れや捺印漏れがある場合、必要な書類が添付されていない場合は、受付できないことがあります。
- 提出の際は書類一式が様式1から順番に揃っていることを確認し、クリップなどで留めてください。(ホチキスは不可)
- 各様式の日付は全て和暦で記入してください。

申込者氏名 _____

			提出書類	チェック	
全員が提出			提出物確認書(本用紙)	様式1 <input type="checkbox"/>	
			受講申込書(介護支援専門員証の写し貼付) ※3枚あります。	様式2 <input type="checkbox"/>	
			実務経験証明書	様式3 <input type="checkbox"/>	
			所属事業所推薦書	様式4 <input type="checkbox"/>	
	※ア・イどちらか	ア	A	専門研修課程Ⅰの修了証明書の写し ※1	A1枚 <input type="checkbox"/>
		イ	B	専門研修課程Ⅱの修了証明書の写し または 平成19～27年度に実施した実務経験者対象の更新研修※2 の修了証明書の写し	B1枚 <input type="checkbox"/>
	イ		平成19～27年度に実施した実務経験者対象の更新研修※3の 修了証明書の写し	1枚 <input type="checkbox"/>	

※1 平成15～17年度に実施した基礎研修課程Ⅰまたは基礎研修課程Ⅱの修了証明書の写しでも可

※2 千葉県ではB：専門研修課程Ⅱと同内容の研修は、更新研修後期のことをいいます。

※3 千葉県ではイ：実務経験者対象の更新研修は、更新研修前期後期のことをいいます。

		提出書類	チェック
該当者が提出	②の該当者	認定ケアマネジャーの認定登録証の写し	1部 <input type="checkbox"/>
	③の該当者	ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証の写し	1部 <input type="checkbox"/>
	④-2の該当者	市町村推薦書	様式5 <input type="checkbox"/>

令和2(2020)年度千葉県主任介護支援専門員研修 受講申込書

※全員の方が提出

千葉県知事 森田 健作 様

記入日 令和 年 月 日

フリガナ				性別	男 ・ 女		
氏名				生年月日	昭和 平成	年 月 日(才)	
介護支援専門員登録番号				登録都道府県			
介護支援専門員証 有効期間満了日	平成 令和	年 月 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"/>	<input type="checkbox"/>	更新した年		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 9. 社会福祉士 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 14. 柔道整復師 15. 管理栄養士 16. 栄養士 17. 精神保健福祉士 18. その他 ()							
自宅住所	〒 -						
	電話 ()			携帯電話 ()			
勤務先 (書類送付先)	事業所番号						
	名称	法人名				事業所名	
	所在地	〒 - 電話 ()					
	勤務状況確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>	現在、常勤の介護支援専門員として従事している ⇒ <input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
事業所区分 (該当する番号に○)	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) 該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 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、かつ常勤専従期間が通算して3年(36ヶ月)以上である者				
	<input type="checkbox"/>	③	「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				
	<input type="checkbox"/>	④-1	在宅介護支援センターの相談員との兼務期間を含めて通算5年(60ヶ月)以上、現に介護支援専門員の業務に従事している者				
	<input type="checkbox"/>	④-2	地域包括支援センターに配属予定の者で、市町村の推薦を受けた者				
	<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				
受講対象要件に該当する実務経験	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	年 ヵ月	
	1			年 ヵ月	(提出した実務経験期間の合算期間)		
	2			年 ヵ月	(実務経験を記入するにあたっての注意) 1. 左記実務経験期間及び実務経験証明書は申込時までを算定できる。 2. 1ヵ月に満たない場合は切り捨てる。 3. 病気休業や育児休業等の休職期間は含めない。 4. 左記実務経験期間について必ず実務経験証明書を添付する。 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。		
	3			年 ヵ月			
	4			年 ヵ月			
			年 ヵ月				

※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 type="checkbox"/> 年度	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 介護支援専門員証の写しを ここに貼付してください。 </div>
B	専門研修課程 II、又は 更新研修後期	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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	研修を受講 した都道府県	
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) _____

<備考欄>

※全員の方が提出

【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拡大状況により、Web形式を取り入れた研修に切り替える場合があります。皆様の**現時点での※**インターネット環境等を確認するため、以下について記入してください。

※現時点で以下の環境を必ず揃えなければならないわけではありません。加えて、ここで記入された内容が受講選考に影響するものではありません。

申込者氏名		介護支援専門員 登録番号	
質問	項目（複数☑可）		備考
1 Zoom を利用 したことがありますか	ある	<input type="checkbox"/> 開催した	本研修においてWebを活用する場合は「Zoom」を使用します。
		<input type="checkbox"/> 参加した	
	<input type="checkbox"/> ない 又は 知らない		
2 メールアドレス はありますか	ある	<input type="checkbox"/> 自分専用	ご自身専用のものが望ましいですが、職場等の共通メールアドレスでも構いません（常時確認、送受信ができることが望ましいです）。
		<input type="checkbox"/> 職場共通	
	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> ない		
3 研修受講用に使用 できるパソコン等 はありますか	ある	<input type="checkbox"/> 自宅パソコン	スマートフォンでも動画の視聴やZoom利用はできませんが、研修内では、講師のスライドやグループワーク時での資料共有等が想定されます。そのため受講用には可能な限りパソコンのような大画面の環境が望ましいです。 Zoomを使用している間は、インターネットに常時接続します。ネット環境が「無制限」でない場合、通信容量（容量不足）に注意が必要です。容量を超えた場合は動画を視聴できない、通信が途中で遮断されてしまう可能性があります。
		<input type="checkbox"/> 事業所パソコン	
	ある	<input type="checkbox"/> 自宅タブレット	
		<input type="checkbox"/> 事業所タブレット	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> ない		
4 インターネット 環境はありますか (通信容量の確認)	ある	<input type="checkbox"/> 容量制限あり	
		<input type="checkbox"/> 無制限	
	<input type="checkbox"/> ない		
5 周辺機器はあり ますか	カメラ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	カメラはご自身の顔を映すために必要です。同様にマイク、スピーカーは音声を発信、受信する際に必要となります。ノートパソコンの場合はカメラやマイク等が内蔵されている場合もあります。
	マイク スピーカー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
6 Web研修に参 加する場合の場 所は確保できま すか	できる	<input type="checkbox"/> 自宅	通信中に雑音（受講者以外の会話、物音等）が入ると他の受講者に迷惑をかけてしまいます。また、受講者以外の視聴、聴講等は禁止です。
		<input type="checkbox"/> 事業所	
	<input type="checkbox"/> その他		
	<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		現時点での参加の意向をお知らせください。 ここで「受講を辞退したい」に☑を記入しても辞退にはなりません。（あくまでも意向確認です）
	できない	<input type="checkbox"/> 会場へ参集したい	
<input type="checkbox"/> 方法を知りたい			
<input type="checkbox"/> 受講を辞退したい			
8 その他ご不明点があれば 具体的に記入してくださ い。			

実務経験証明書

※全員の方が提出

令和 年 月 日

千葉県知事 森田 健作 様

所在地 〒

法人名又は事業所名

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専門員としての実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

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	事業所
介護支援専門員 実務従事期間	A	年 月 日～ 年 月 日 [年 カ月] いずれかに○→ (現在就業中 ・ 退職)
Aの期間に ア・イ・ウの期間 を含んでいる 場合に記入	ア	居宅介護支援事業所の管理者との兼務期間を含んでいる場合 年 月 日～ 年 月 日 [年 カ月] (現在就業中の場合 <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>)
	イ	在宅介護支援センターの相談員との兼務期間を含んでいる場合 年 月 日～ 年 月 日 [年 カ月] 介護支援専門員以外の兼務職種→ ()
	ウ	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 年 月 日～ 年 月 日 [年 カ月] 介護支援専門員以外の兼務職種または休業の種類等 ()
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 = [年 カ月]
備考		

- (注1) 申込者が自書した場合は無効となります。ただし、申込者と証明権限を有する者が同一の場合はこの限りではない。必ず所属長等の証明権限を有する者が記載・作成すること。
- (注2) 実務経験証明書が複数枚必要な場合は、本用紙をコピーの上使用すること。
- (注3) 作成にあたっては、期間、職種等をよく確認してください。万が一、不正が確認された場合は、受講決定後であっても受講を取り消すことがあります。

所 属 事 業 所 推 薦 書

※全員の方が提出

令和 年 月 日

所 在 地 〒 _____

法人名又は事業所名 _____

事業所
確認印
公 印

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 事業所名 _____

事業所
確認印
公 印

職名 _____ 氏名 _____

下記の者は、主任介護支援専門員研修の受講要件を満たし、介護支援専門員として十分な知識と経験を持つことから、受講を適当と認め推薦します。

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→ <input type="checkbox"/> 推薦理由、研修で特に学んでほしいこと等 _____ _____ 介護支援専門員としての地域における実績や貢献の内容、リーダーとしての経験等 _____ _____ 研修受講修了後に所属事業所の地域における貢献、活動支援の考え方等 _____ _____

申込者記入欄	【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 _____ _____ _____
	該当者は <input checked="" type="checkbox"/> 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→ <input type="checkbox"/> 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→ <input type="checkbox"/> 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→ <input type="checkbox"/> (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門員数	名	I 算定	有 ・ 無
		II 算定	有 ・ 無
事業所内の主任介護支援専門員数	名	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。

※個別要件④-2の該当者が提出

市町村推薦書

令和 年 月 日

千葉県知事 森田 健作 様

(推薦者) 市町村名

市町村長名

印

所在地 〒 —

(担当者) 職名・氏名

連絡先電話番号 ()

以下の者を受講対象要件「④-2地域包括支援センターに配属予定の者で、市町村の推薦を受けた者」に該当する者として、令和2年度千葉県主任介護支援専門員研修受講者に推薦いたします。

申込者氏名	
所属部署	
職名	
従事している業務 の具体的な内容	
推薦理由	

※上記は市町村（必ず所属長等の証明権限を有する者）が記入してください。申込者が自書した場合は無効となります。