

千葉県知事 熊谷 俊人 様

申込日 令和3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				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	主任介護支援専門員更新回数		<input type="checkbox"/> 初回更新
主任介護支援専門員有効期間満了日		平成 令和	年	月	日			<input type="checkbox"/> 2回目以降の更新
介護支援専門員受験時の基礎資格		その他保有						
自宅住所		主任介護支援専門員研修又は主任更新研修の修了証明書に記載されている年月日を記入してください。※臨時的な取扱いにより延長される有効期間満了日ではない。						
		〒	()	電話	()	携帯電話	()	
所属事業所(書類送付先)	事業所番号							
	名称	法人名	事業所名					
	所在地	〒	—	電話	()			
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 必須要件	必須要件を全て満たしている⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
受講対象要件 個別要件 該当箇所に☑	<input type="checkbox"/>	①	介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者					
	<input type="checkbox"/>	②	地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者					
	<input type="checkbox"/>		【特別措置】地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年2回以上参加した者					
	<input type="checkbox"/>	③	ここで☑をした項目の証明書類をすべて添付する。等の経験がある者					
	<input type="checkbox"/>	④	日本クワマネジメント学会が認定する認定クワマネジャー					
	<input type="checkbox"/>	⑤-1	千葉県介護支援専門員実務研修の実習指導を行った者					
<input type="checkbox"/>	⑤-2	千葉県介護支援専門員地域同行型研修に参加し、アドバイザーとして全課程を修了した者						
介護支援専門員業務の経験年数(主任介護支援専門員の期間含む)	年 月		左記のうち主任介護支援専門員の経験年数		年 月			
申込日現在までの経験期間を記入/1ヵ月に満たない場合は切り捨てる/病気休業・育児休業等による休職期間は含めない								
希望コース ※参集を希望する場合のみ理由をご記入ください。	<input type="checkbox"/> オンラインコース <input type="checkbox"/> 参集コース		参集を希望する理由 <input type="checkbox"/> 参集コースを希望する理由を必ず記入してください。					
メールアドレス	@							
※I(エル)と1(イチ)、O(オー)と0(ゼロ)、-(ハイフン)と(アンダーバー)、.(ドット)などが ※オンライン受講で使用するパソコンで受信できるメールアドレスをご記入ください。参集コ								
署名欄	上記記載内容及び申込書一式(添付書類等)の記載事項に相違ありません。 氏名(自書) _____							
備考								

主任介護支援専門員研修又は主任更新研修の修了証明書に記載されている年月日を記入してください。※臨時的な取扱いにより延長される有効期間満了日ではない。

記入漏れに注意!

ここで☑をした項目の証明書類をすべて添付する。

参集コースを希望する理由を必ず記入してください。

参集コースを希望する方も必ず記入してください。記入できない場合は、その理由を上欄に記入してください。

所属事業所推薦書

令和 年 月 日

【申込者本人が事業所の代表者の場合】

※以下のいずれかの方法で記入※

①法人の代表者が作成する。

(法人情報を記入し押印)

②申込者自身が、事業所の代表として作成する。

(事業所情報を記入し押印)

事業所
確認印
公 印

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 _____

下記の者は、当法人又は当事業所に所属し、主任介護支援専門員更新研修の受講要件を満たしており、主任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	主任介護支援専門員 更新回数	<input type="checkbox"/> 初回更新 <input type="checkbox"/> 2回目以降の更新
-------	-------------------	--

受講申込者が代表者であるため以下は自書します→ 申込者が事業所の代表者で、申込者自身が作成する場合は を記入する。

推薦理由や本研修で特に学んでほしいこと等

代表者記入欄

申込者本人が代表者として作成する場合も記入が必要です。「学んでほしいこと等」を自身が「学びたいこと等」に置き換えて記入してください。

主任介護支援専門員としての経験等

代表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。

受講目的

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。

申込者記入欄

【2回目以降の主任更新研修の場合】
後進育成、地域作りへの参画、主任介護支援専門員である自身のケアマネジメント力の向上など、5年前の主任更新研修受講後からの取り組みについて記入してください。

1. 現在 _____

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 (申込者本人含む 2021/7/1 現在)		特定事業所加算取得状況 (2021/7/1 現在)	
同一事業所内の介護支援専門員の人数	名	I 算定	有 ・ 無
		II 算定	有 ・ 無
同一事業所内の主任介護支援専門員の人数	名	III 算定	有 ・ 無
		IV 算定	有 ・ 無

※申込者が事業所の代表者等である場合は「受講申込者が代表者であるため以下は自書します」にチェック を記入し、代表者記入欄と申込者記入欄のいずれも自書してください。

※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。