令和６（２０２４）年度千葉県主任介護支援専門員**更新**研修 第１期 受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 千葉県知事　熊谷 俊人 様 | 申込日 | 令和６年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 氏　名 |  | 男**・**女 |
| 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 | [ ] 初回更新[ ] ２回目以降の更新 |
| 主任介護支援専門員有効期間満了日 | 平成令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 介護支援専門員受験時の基礎資格 |  | その他保有している資格 |  |
| 自宅住所 | 〒　　　　－ |
|  |
| 携帯電話 | 　　　　（　　　　）　　　　　 | その他 | 　　　　（　　　　）　　　　　 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の従事状況（該当する番号に○） |  1. 地域包括支援センターの主任介護支援専門員として従事している 2. 現在、居宅介護支援事業所で管理者として従事している 3. 本研修修了後に居宅介護支援事業所で管理者として従事する予定がある 4．上記1～3に該当していない |
| 受講対象要件 | １）必須要件 | [ ]  | 必須要件を全て満たしている　　※ここに☑チェックがない場合は受講不可 |
| ２）個別要件（該当する全ての項目に☑チェック） | [ ]  | 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 |
| [ ]  | 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 |
| [ ]  | 【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 |
| [ ]  | ③ | 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者 |
| [ ]  | ④ | 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー |
| [ ]  | 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 |
| [ ]  | 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 |  | カ月 | 左記のうち主任介護支援専門員の経験年数 |  | 年 |  | カ月 |
| 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 |
| メールアドレス | ＠ |
| ※l（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）などが分かるようにご記入ください。 ※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。※メール送受信に不具合が発生する可能性があるため、携帯電話キャリアメールのメールアドレスは不可です。 |
| 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 |  |