

令和7(2025)年度千葉県主任介護支援専門員研修【提出物確認書】

- 書類の不備や不足等がある場合は、受付できないことがあります。
- 提出書類を様式1から順番に揃え、提出書類、事例を別にしてクリップ等で留めてください。(ホチキス不可)
- 各様式の日付は全て和暦で記入してください。
- チェックボックス□をクリックするとレ点☑が入ります。

申込者氏名				
全員提出	提出書類		様式	チェック
	提出物確認書（本用紙）		様式 1	☐
	受講申込書		様式 2－1 様式 2－2	☐
	介護支援専門員証の写し（A4用紙にコピーする。拡大する必要なし。）			☐
	実務経験証明書		様式 3	☐
	所属事業所推薦書		様式 4	☐
	(ア・イ・ウのいずれか) 修了証明書の写し	ア 2枚添付	専門研修課程Ⅰ ※1	☐
			専門研修課程Ⅱ（直近のものを添付）	☐
		イ 2枚添付	専門研修課程Ⅰ ※1	☐
			更新研修 後期 ※2	☐
ウ 1枚添付	更新研修 前期・後期 ※2	☐		

※1 平成 15～17 年度の現任研修基礎研修課程ⅠまたはⅡでも可。
※2 平成 19～27 年度の実務経験者対象の更新研修。

該当者のみ	個別要件	提出書類	様式	チェック
	②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		☐
	②の該当者	認定ケアマネジャーの認定証の写し		☐
	④-2 の該当者	市町村推薦書	様式 5	☐

全員提出	提出書類	様式	チェック
	主任介護支援専門員研修提出事例	No.1～12	☐

千葉県知事 熊谷 俊人 様						申込日		令和7年 月 日					
フリガナ						生年月日		昭和 年 月 日 平成					
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 年 月 日 令和				介護支援専門員の資格を更新したことがある、もしくは更新申請中の場合はチェック☑ →		☐					
保有資格 (該当する番号全て○)		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. 言語聴覚士 10. あん摩マッサージ指圧師 11. はり師 12. きゅう師 13. 栄養士 (管理栄養士) 14. 歯科衛生士 15. 柔道整復師 16. 社会福祉士 17. 介護福祉士 18. 精神保健福祉士 19. 相談援助従事者 20. その他 ()											
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 (該当番号に○)		1. 現在、居宅介護支援事業所の管理者として従事している 2. 現在、居宅介護支援事業所の管理者でなく、本研修修了後に管理者として従事する予定 3. 本研修修了後に地域包括支援センターの主任介護支援専門員として配属予定 4. 上記1〜3に該当していない											
希望コース ※参集を希望する場合は理由をご記入ください。		☐ オンラインコース ☐ 参集コース				参集を希望する理由							
メールアドレス		@											
※ 1 (エル)と 1 (イチ)、0 (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。													
受 講 対 象 要 件	個 別 要 件 (該当する全ての項目に☑チェック)	☐	①	常勤専従期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者									
		☐	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									
		☐	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									
		☐	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									
		☐	④-2	地域包括支援センターに配属予定の者(または配属されている)で市町村の推薦を受けた者									
		☐	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									

2枚目も必ず記入してください。

令和7(2025)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

受講対象要件に該当する実務従事期間	勤務先等名称（古い順に記載）		介護支援専門員としての 実務従事期間	通算期間（実務従事期間の合算）
	1		年 カ月	年 カ月
	2		年 カ月	実務従事期間記入時の注意事項 1. 実務従事期間及び実務経験証明書は申込日までを算定できる。 2. 1 カ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期間は含めない。 4. 記入した実務経験については必ず実務経験証明書を添付する。 5. 実務経験が 6 箇所以上の場合は申込書をコピーして添付する。 6. <u>現在の勤務先を含めて</u> 、就業時期が過去のものから古い順に記載する。
	3		年 カ月	
	4		年 カ月	
	5		年 カ月	

領収証について（受講料は受講決定後に納付いただきます）

領収証の宛名	希望する宛名
	☐ 受講者名で発行
	☐ 法人名 または 事業所名で発行 ↓宛名を必ずご記入ください。記入がない場合は受講者名での発行となります。 []

(修了証明書が添付できない場合のみ記入)

やむを得ず、紛失等により修了証明書が添付できない場合は以下に記入してください（本研修申込のための修了証明書等の再発行はいたしません）。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ことを予めご了承願います。

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			

その他

※ご記入いただいた内容を確認するためお問い合わせをさせていただくことがございます。

備考欄	申込にあたり事務局への連絡事項など
研修の受講にあたり特別な配慮が必要な方はご記入ください。(例:視覚、聴覚に支障や不調があるなどの理由で〇〇〇を希望したい)	

署名欄	・ 受講申込書記載内容及び申込書類一式（添付書類等）の記載事項に相違ありません。 ・ 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・推進のため、市町村に提出書類の情報を提供することに同意します。
	令和 7 年 月 日 氏名（自署） _____ ※印は不要

- ※1. 署名欄に記載がない場合は受付できません。
 ※2. 郵送する前に、**未記入や記載内容に不備がないようご確認ください。**
 ※3. 必ず控え（写し）をお手元に残してください。
 ※4. 申請に誤りや虚偽がある場合（もしくは発覚した場合）は、研修の申込自体が無効となります。

千葉県知事 熊谷 俊人 様						申込日		令和 7 年 月 日					
フリガナ		カイゴ タロウ				生年月日		昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
氏 名		介護 太郎											
介護支援専門員 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日				介護支援専門員の資格を更新したことがある、もしくは更新申請中の場合はチェック☑ →				☒			
保有資格 (該当する番号全て○)		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. 言語聴覚士 10. あん摩マッサージ指圧師 11. はり師 12. きゅう師 13. 栄養士 (管理栄養士) 14. 歯科衛生士 15. 柔道整復師 16. 社会福祉士 17. 介護福祉士 18. 精神保健福祉士 19. 相談援助従事者 20. その他 ()											
自宅住所		〒000-0000 千葉県〇〇市◇◇◇1-23-4											
		携帯電話 000 (000) 0000						その他 000 (000) 0000					
所 属 事 業 所 (書 類 送 付 先)	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 〇〇居宅介護支援事業所						
	所在地	〒000-0000 千葉県〇〇市◇◇◇1-23-4											
事業所区分 (該当番号に○)		1. 居宅介護支援事業所 2. 介護老人保健施設 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 (該当番号に○)		1. 現在、居宅介護支援事業所の管理者として従事している 2. 現在、居宅介護支援事業所の管理者でなく、本研修修了後に管理者として従事する予定 3. 本研修修了後に地域包括支援センターの主任介護支援専門員として配属予定 4. 上記1~3に該当していない											
希望コース ※参集を希望する場合は理由をご記入ください。		☒ オンラインコース		参集を希望する理由									
メールアドレス		参集を希望する場合も必ずメールアドレスを記入。文字を大きく、はっきりと記入してください。(間違いが多いのでよく確認のうえご記入ください)											
・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)などがはっきり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。参集コースを希望する方も必ずご記入ください。 ・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。													
対 象 要 件	2) 個別要件 (該当する全ての項目に☑チェック)	☒	①	常勤専従期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者									
		☒	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									
		☐	③	地域包括支援センターに配置されている者									
		☐	④-1	現在、地域包括支援センターに配属されている者(または配属されている)で市町村の推薦を受けた者									
		☐	④-2	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									
		☐	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									

チェックボックス ☐ をクリックするとポイントが入ります。

受講対象要件に該当する実務従事期間	勤務先等名称（古い順に記載）		介護支援専門員としての実務従事期間	通算期間（実務従事期間の合算）
	1	〇〇居宅介護支援事業所	2 年 4 カ月	5 年 6 カ月
	2	△△△ケアプランセンター	3 年 2 カ月	実務従事期間記入時 1. 実務受持期間及び 2. 実務経験期間等
	3	過去に所属していた事業所で5年の要件を満たしている場合も、現在の在籍を確認するため、必ず現在の勤務先も含めて記入する。	年	左記実務従事期間の合算を記入する。 様式3 実務経験証明書の添付がない期間は含めない。
	4		年 カ月	
5		年 カ月	実務経験証明書を添付する。 5. 実務経験が6箇所以上の場合は申込書をコピーして添付する。 6. 現在の勤務先を含めて、就業時期が過去のものから古い順に記載する。	

チェックボックス ☐ をクリックするとレ点が入ります。

領収証について（受講料は 〇〇円を後に納付いただきます）

領収証の宛名	希望する宛名
	☐ 受講者名で発行
	☐ 法人名 または 事業所名で発行 ↓宛名を必ずご記入ください。記入がない場合は受講者名での発行となります。 〔 〕

（修了証明書が添付できない場合のみ記入）

やむを得ず、紛失等により修了証明書が添付できない場合は以下に記入してください（本研修申込のための修了証明書等の再発行はいたしません）。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ことを予めご了承願います。

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		

その他

※ご記入いただいた内容を確認するためお問い合わせをさせていただく場合がございます。

備考欄	申込にあたり事務局への連絡事項など
研修の受講にあたり特別な配慮が必要な方はご記入ください。（例:視覚、聴覚に支障や不調があるなどの理由で〇〇〇を希望したい）	

記入漏れに注意！署名がない場合は受講できません。

署名欄	（ 氏名等）の記載事項に相違ありません。
	・主任介護支援専門員の役、地域及び主任介護支援専門員の活動支援・推進のため、市町村に提出書類の情報を提供することに同意します。
令和7年 6 月 30 日 氏名(自署) 介護 太郎 ※印は不要	

※1. 署名欄に記載がない場合は受付できません。
※2. 郵送する前に、未記入や記載内容に不備がないようご確認ください。
※3. 必ず控え（写し）をお手元に残してください。
※4. 申請に誤りや虚偽がある場合（もしくは発覚した場合）は、研修の申込自体が無効となります。

実 務 経 験 証 明 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 _____

代表者
職印

代表者職名・氏名 職名 _____ 氏名 _____

連絡先電話番号 _____

代表者以外が作成する場合
職名 _____ 氏名 _____

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。

申込者氏名			介護支援専門員登録番号
事業所名	法人名		
	事業所名		
実務従事期間 【A】	(☐ 在職中)		
	年 月 日 ~ 年 月 日	[年 ヲ月]	
Aのうち、 管理者との 兼務期間	年 月 日 ~ 年 月 日	[年 ヲ月]	
Aのうち、 個別要件④-1の 兼務期間	年 月 日 ~ 年 月 日	[年 ヲ月]	
【除外期間】 Aのうち、 算定除外の期間	他職種と兼務、非常勤、他職種として勤務、病休等により算定できない期間		
	年 月 日 ~ 年 月 日	[年 ヲ月]	
受講要件に算定で きる実務従事期間	Aの期間 - 除外期間 = [年 ヲ月]		
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とは同一の場合はこの限りではありません。必ず証明権限を有する者が記載・作成してください。

(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してください。

(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。

(注 4) 年月日は和暦で記入してください。

記入上の注意点

実務経験証明書

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。ただし、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も必ず提出する。**

令和 年 月 日

作成日を記入する。

代表者
職印

法人内で異動のある場合は、必ず法人の代表者が事業所名を証明し、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。

代表者が作成する場合

氏名 職名 氏名 職名

A欄

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。

下記の者の、

以下のとおり

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。

申込者氏名		
事業所名	法人名	有限会社〇〇〇
	事業所名	△△居宅介護支援事業所
実務従事期間【A】	(☑在職中) 平成30年 4月 12日 ~ 令和5年 11月 1日 [5年 6ヵ月]	
Aのうち、管理者との兼務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [年 月]	
Aのうち、個別要件④-1の兼務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [年 月]	
【除外期間】 Aのうち、算定除外の期間	兼務、非常勤、他職種として勤務、病休等により算定できない期間 年 月 日 [年 ヵ月]	
受講要件に算定できる実務従事期間	A	[5年 6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入してください。 ・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、雇用保険、給与明細書等、雇用されていたことを証明する書類の写しを添付し、申込者が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、受講が認められません。 ・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入してください。	

在職中の場合は申込時点（作成日まで）の期間。

1ヵ月に満たない部分は切り捨てる。

- ・他職種との兼任
- ・非常勤
- ・他職種としての勤務
- ・病気による休職、産休、育休等

(注1) 申込者が自書した場合はありません。必ず証

(注2) 実務経験証明書が複数

(注3) 作成にあたっては、期あっても受講を取り消

(注4) 年月日は和暦で記入し

限りで

後で

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

代表者職名・氏名

職名 氏名

連絡先電話番号

代表者以外が作成する場合
事業所名

職名 氏名

代表者
職印

作成者
職印

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研修の受講要件（必須要件・個別要件）を満たしており、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。

代 表 者 記 入 欄	申込者氏名		介護支援専門員 登録番号	
	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→ ☐			
	1) 推薦理由、研修で特に学んでほしいこと等			
	2) 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			
	3) 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	申込者が居宅介護支援事業所に所属している場合はご記入ください。			
	①-1	現在、居宅介護支援事業所の管理者	☐ はい	☐ いいえ →①-2 に進む。
	①-2	本研修修了後に、居宅介護支援事業所の管理者となる予定の有無	☐ あり	☐ なし ☐ 未定
	②	本研修修了後に、新たに特定事業所加算届出の予定の有無	☐ あり	☐ なし ☐ 未定
	4) 受講目的、普段の活動状況等			

(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が作成してください。

(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、未記入等がある場合は、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。

所属事業所推薦書

※全員の方が提出

【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

→法人の代表者へ作成を依頼してください。

②法人の代表者が申込者本人である場合

→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。

令和 年 月 日

地 区

事業所名

氏名

職名

氏名

連絡先電話番号

作成する場合
事業所名

職名

氏名

代表者
職印作成者
職印上記②担当地区の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事業所名・作
成者の職名、氏名を記入し押印する。主任介護支援専門員研修の受講要件(必須要件・個別要件)を
職と経験を持つことから、受講を適当と認め推薦します。介護支援専門員
登録番号b 欄を上記②担当地
区の地域包括支援セ
ンターが作成する場
合のみ押印する。又、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→ ☐

1) 推薦理由、研修で特に学んでほしいこと等

b 欄を上記②担当地区の地
域包括支援センターが作成
する場合は ☒ を記入する。

2) 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、研修者としての経験等

1) ~ 3) は **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)

3) 研

申込者が居宅介護支援事業所に所属している場合はご記入ください。

①-1	現在、居宅介護支援事業所の管理者	☐ はい	☐ いいえ	→①-2 に進む。
①-2	本研修修了後に、居宅介護支援事業所 の管理者となる予定の有無	☐ あり	☐ なし	☐ 未定
②	本研修修了後に、新たに特定事業所加算 届出の予定の有無	☐ あり	☐ なし	☐ 未定

代表者記入欄

申込者記入欄

4) 受講目的、普段の活動状況等

4) は **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。

(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が作成してください。

(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、未記入等がある場合は、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。

市 町 村 推 薦 書

千葉県知事 熊谷 俊人 様

印

所在地 下 一

連絡先電話番号 ()

申込者氏名	
所属部署名または 所属事業所名	
職 名	
従事している業務 の具体的な内容	
配属予定先	☐ 現在と同じ ☐ 異動予定あり（配属予定先名称： ）
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。