**主任様式２－１**

※全員の方が提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  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 | 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 | | ＠ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ **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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。**

**主任様式２－２**

※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 |  | ヵ月 |  | **年** |  | **ヵ月** |
| 2 |  |  | 年 |  | ヵ月 | 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.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。 | | | |
| 3 |  |  | 年 |  | ヵ月 |
| 4 |  |  | 年 |  | ヵ月 |
| 5 |  |  | 年 |  | ヵ月 |

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。

**記入上の注意点**

**主任様式２－１**

※全員の方が提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | ○○年　○○月　○○日 | | | | | |
| 氏　名 | | 介護　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | 男  **・**  女 |
| 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 | | | ○○年　　○○月　○○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○○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　　　　　　　　　電話　　０００（　００００　）００００  千葉県○○市◇◇◇１－２３－４  記入漏れに注意！ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）  □ 参集コース | | | | | | | | | | | | 参集を希望する理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、かつ常勤専従期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者  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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

チェックボックス **□** をクリックするとレ点が入ります。

**主任様式２－２**

※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 | ○○居宅介護支援事業所 | ２ | 年 | ４ | ヵ月 | **５** | **年** | **６** | **ヵ月** |
| 2 | △△△ケアプランセンター  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。 | ３ | 年 | ２ | ヵ月 | 実務従事期間記入時の注意事項  1.実務受持期間及び実務経験証明書は申込日までを算定できる。  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。  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.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。 | | | |
| 3 |  |  | 年 |  | ヵ月 |
| 4 |  |  | 年 |  | ヵ月 |
| 5 | チェックボックス **□** をクリックするとレ点が入ります。 |  | 年 |  | ヵ月 |

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） |
|  |

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 | ・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　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。