**1枚目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 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 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 保有資格(該当する番号全てに○) | 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（該当番号に○） | 1. 地域包括支援センターの主任介護支援専門員2. 現在、居宅介護支援事業所の管理者3. 本研修修了後に居宅介護支援事業所の管理者として従事予定4．上記1～3に該当していない | 事業所内での従事者人数（自分を含む） |
| 介護支援専門員 | 主任介護支援専門員 |
|  | 名 |  | 名 |
| 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 | 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 |
| [ ]  | 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。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。 |

**２枚目も必ず記入してください。**

**2枚目**

千葉県介護支援専門員研修受講料補助金の対象有無

|  |
| --- |
| 補助の対象者については開催案内P.1「2.補助の対象者」でご確認ください。 |
| [ ]  | ①補助の対象を満たしている　→受講決定後、補助額を減額された研修費用の払込票を送付します。 |
| [ ]  | ②満たしていない　→受講決定後、研修費用の払込票を送付します。 |

研修テキストの有無　　　　（主任介護支援専門員更新研修 **4訂**を使用します）

|  |
| --- |
| 本研修はテキストが必須となります。すでにお持ち等の理由で購入されない方は以下に☑を入れてください。 |
| [ ]  | テキストは不要　→受講決定後、受講料のみの払込票を送付します。 |

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。 |
|  |

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 | ・受講対象要件の必須要件を全て満たしています。・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。

**1枚目**

**記入上の注意点**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 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 | 令和 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 保有資格(該当する番号全てに○) | 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　チェックボックス **□** をクリックするとレ点が入ります。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 | 事業所名所属事業所内で介護支援専門員、主任介護支援専門員として従事している人数を記入します（自分を含む人数）。地域包括支援センターにおいては、介護支援専門員、主任介護支援専門員の資格保有者の人数を記入してください。 |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　　　　）○印の記入漏れに注意！ |
| 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. 地域包括支援センターの主任介護支援専門員2. 現在、居宅介護支援事業所で管理者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予定4．上記1～3に該当していない | 事業所内での従事者人数（自分を含む） |
| 介護支援専門員　　　　　　　　名 | 主任介護支援専門員　　　　　　　　名 |
| 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 | 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 |
| □ | 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ここで☑チェックをした項目の証明書類をすべて添付してください。 |
| □ | 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）チェックボックス **□** をクリックするとレ点が入ります。 | 　　　　　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。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。 |

**２枚目も必ず記入してください。**

**2枚目**

千葉県介護支援専門員研修受講料補助金の対象有無

|  |
| --- |
| 補助の対象者については開催案内P.1「2.補助の対象者」でご確認ください。注意！テキストは令和６年度に改定がありました。 |
| [ ]  | ①補助の対象を満たしている　→受講決定後、補助額を減額された研修費用の払込票を送付します。 |
| [ ]  | ②満たしていない　→受講決定後、研修費用の払込票を送付いたします。チェックボックス **□** をクリックするとレ点が入ります。 |

研修テキストの有無　　　　（主任介護支援専門員更新研修 4訂を使用します）

|  |
| --- |
| 本研修はテキストが必須となります。すでにお持ち等の理由で購入されない方は以下に☑を入れてください。 |
| [ ]  | テキストは不要　→受講決定後、受講料のみの払込票を送付します。 |

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。 |

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 | ・受講対象要件の必須要件を全て満たしています。・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。

**１枚目も必ず記入してください。**