

令和4(2022)年度千葉県主任介護支援専門員研修【提出物確認書】

- 記入漏れや捺印漏れがある場合、必要な書類が添付されていない場合は、受付できないことがあります。
- 提出の際は書類一式が様式1から順番に揃っていることを確認し、クリップなどで留めてください。(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。

申込者氏名 _____

		提出書類	様式	チェック
全員が提出	提出物確認書（本用紙）		様式 1	<input type="checkbox"/>
	受講申込書		様式 2 - 1 様式 2 - 2	<input type="checkbox"/>
	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。）			<input type="checkbox"/>
	実務経験証明書		様式 3	<input type="checkbox"/>
	所属事業所推薦書		様式 4	<input type="checkbox"/>
	修了証明書の写し（ア・イ・ウのうちいずれかを添付する。）			
	ア 2枚添付	専門研修課程Ⅰ ※1		<input type="checkbox"/>
		専門研修課程Ⅱ ※2		<input type="checkbox"/>
	イ 2枚添付	専門研修課程Ⅰ ※1		<input type="checkbox"/>
		更新研修 後期 ※3		<input type="checkbox"/>
ウ 1枚添付	更新研修 前期・後期 ※3		<input type="checkbox"/>	

※1 平成 15～17 年度に実施した現任研修基礎研修課程ⅠまたはⅡでも可。

※2 複数回受講している場合は直近に受講した修了証明書。

※3 平成 19～27 年度に実施した実務経験者対象の更新研修。

		提出書類	様式	チェック
該当者が提出	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		<input type="checkbox"/>
	②の該当者	認定ケアマネジャーの認定証の写し		<input type="checkbox"/>
	④-2の該当者	市町村推薦書	様式 5	<input type="checkbox"/>

		提出書類	様式	チェック
参集コース希望者		参集コース申込みにあたっての同意書	様式 6	<input type="checkbox"/>

令和4(2022)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

千葉県知事 熊谷 俊人 様

		申込日	令和 4 年 月 日	
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日	
氏名			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 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☑ → <input type="checkbox"/>	
介護支援専門員受験時の基礎資格		その他の保有資格		
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 ()		
受講対象要件	必須要件	必須要件を全て満たしていますか ⇒ <input type="checkbox"/> はい ※☑チェックがない場合は受講不可		
	個別要件 該当箇所☑	<input type="checkbox"/> ①	常勤専従期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者	
		<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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で本研修を未受講の者			
受講対象要件に該当する実務経験	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経験期間	通算期間 (実務経験期間の合算)
	1		年 月	年 月
	2		年 月	実務経験を記入する際の注意事項 1. 実務経験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ヶ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5箇所以上の場合に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 月	
	4		年 月	

※全員の方が提出

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
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。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。 ・メールにて研修に関する連絡をするため、参集コースを希望する方も必ずご記入ください。		

修了証明書の添付

- ・本研修の申込にあたって添付が必要となる修了証明書は以下です。修了した研修により3パターンありますのでご注意ください。(開催案内 p.10~11 参照)
- ・アイウいずれかに○を記入し、チェックした研修修了証明書の写しを必ず添付してください。

アイウに○	研修名	修了年月日		
ア 2枚添付	専門研修課程Ⅰ	<input type="checkbox"/>	年	月 日
	専門研修課程Ⅱ	<input type="checkbox"/>	年	月 日
イ 2枚添付	専門研修課程Ⅰ	<input type="checkbox"/>	年	月 日
	更新研修 後期	<input type="checkbox"/>	年	月 日
ウ 1枚添付	更新研修 前期・後期	<input type="checkbox"/>	年	月 日

その他の写し (個別要件②のみ)	ケアマネジメントリーダー養成研修	<input type="checkbox"/>	年	月 日
	認定ケアマネジャー	<input type="checkbox"/>	年	月 日

※**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、当会において受講履歴の確認を行いますので、以下太枠内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行いません)。ただし、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ください。

修了証明書が添付できない場合のみ記入 (添付する場合は記入不要)			
氏名		介護支援専門員 登録番号	
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			

署名	上記記載内容及び申込書類一式(添付書類等)の記載事項に相違がないことを確認し、かつ、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4年 月 日 氏名(自書)_____
備考	

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

代表者印

代表者職名・氏名

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	事業所	
介護支援専門員 実務従事期間 【A】	(<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職)		
	年	月	日 ~ 年 月 日 [年 ヲ月]
	(<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職)		
	年	月	日 ~ 年 月 日 [年 ヲ月]
(<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職)			
年	月	日 ~ 年 月 日 [年 ヲ月]	
【除外期間】 Aのうち、他職種との兼務、非常勤、病休等の期間	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が同一の場合はこの限りではない。必ず所属長等の証明権限を有する者が記載・作成すること。
- (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すること。
- (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。

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

代表者印

代表者職名・氏名

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 事業所名

代表者印

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→ <input type="checkbox"/> 推薦理由、研修で特に学んでほしいこと等 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 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				
	①上記申込者は現在、居宅介護支援事業所の管理者である。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	②上記申込者は、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がある。 ※「はい」の場合はいつからの予定か。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	⇒令和 年 月から <input type="checkbox"/> 未定
③申込者の所属事業所は、本研修修了後に、新たに特定事業所加算の届出予定がある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

申込者記入欄	受講目的、研修で学びたいこと、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の推薦を受けてください。
- (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。

※個別要件④-2の該当者が提出

市 町 村 推 薦 書

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

(推薦者) 市町村名

市町村長名

印

所在地 〒 ー

(担当者) 職名・氏名

連絡先電話番号 ()

以下の者を受講対象要件「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者）で、市町村の推薦を受けた者」に該当する者として、令和4年度千葉県主任介護支援専門員研修受講者に推薦いたします。

申込者氏名	
所属部署	
職 名	
従事している業務 の具体的な内容	
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。

令和4年度千葉県主任介護支援専門員研修
参集コース申込みにあたっての同意書

※必ず控えをお手元に残してください。

特定非営利活動法人 千葉県介護支援専門員協議会 理事長 様

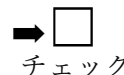
私は、下記の事項を確認のうえ、同意し参集コースを申込みます。

記

研修運営に当たり、様々な感染防止対策を講じながら研修を運営いたしますが、感染リスクを皆無にすることは困難であることから、受講者の皆様に感染リスクがあることをご承諾いただいた上で申込をお願いいたします。

- 定員を超える申し込みがあった場合、受講できない可能性があることを了承します。
- グループ演習（6人程度のディスカッション）があることに同意します。
- 新型コロナウイルス感染リスクがあることを承諾した上で、受講することに同意します。万が一、受講により新型コロナウイルスに感染しても主催者への責任は問いません。
- 研修期間中は、感染対策の徹底に努め、主催者の指示に従います。マスク（不織布）の着用がない場合や、その他主催者の指示に従わなかった場合は受講しません。
- 研修当日から遡り7日以内に以下の症状があった場合は受講を控えます。
 - * 咳・痰などの風邪の症状や体調のすぐれないことがあった場合
 - * ウイルス感染の疑い（発熱、嘔吐、倦怠感等）があった場合
 - * 同居の家族や勤務先など新型コロナウイルス感染が疑われる方がいた場合
- 受講後3日以内に前述の症状等があった場合は、医療機関及び保健所等に相談し、新型コロナウイルスに感染した場合は事務局へ速やかに連絡します。
- 万が一、ご自身及び同居家族に感染が確認された場合やご自身が濃厚接触者になった場合は、直近の受講は控え、今後の対応については主催者の指示に従います。また、千葉県や保健所等から情報提供を求められた場合は、情報提供に協力します。

上記の内容に同意し、以下の欄は記名者本人が記名（入力又は署名）しました



記入日 令和4年 月 日

氏 名 _____ (自筆)