

※全員の方が提出

令和 7 (2025)年度千葉県主任介護支援専門員更新研修 第 2 期  
【提出物確認書】

- 記入漏れ、押印漏れ、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。
- 様式 3 は事業所の代表者が証明してください。(「記入上の注意点」参照)
- 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          |     |                                                      |        |                          |                                 |                          |
| 全員が提出          |     | 提出書類                                                 | 様式     | チェック                     | 備考                              |                          |
|                |     | 提出物確認書(本用紙)                                          | 様式 1   | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |
|                |     | 受講申込書                                                | 様式 2   | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |
|                |     | 介護支援専門員証の写し                                          |        | <input type="checkbox"/> | A4サイズ of 用紙にコピーする<br>(拡大する必要なし) |                          |
|                |     | a 主任介護支援専門員研修修了証明書の写し または<br>b 主任介護支援専門員更新研修修了証明書の写し |        | <input type="checkbox"/> | 初回更新の場合→a<br>2回目以降の更新の場合→b      |                          |
|                |     | 所属事業所推薦書                                             | 様式 3   | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |
| 該当する個別要件の書類を提出 |     | 提出書類                                                 | 様式     | チェック                     | 様式 4 の添付書類                      | チェック                     |
|                | ①   | 研修企画、講師・ファシリテーター<br>経験証明書                            | 様式 4-① | <input type="checkbox"/> |                                 | —                        |
|                | ②   | 研修実績証明書                                              | 様式 4-② | <input type="checkbox"/> | 研修の受講を証明する書類<br>の写し             | <input type="checkbox"/> |
|                | ③   | 研究発表実績証明書                                            | 様式 4-③ | <input type="checkbox"/> | 研究発表したことを証明する<br>書類の写し          | <input type="checkbox"/> |
|                | ④   | 認定ケアマネジャー認定証の写し                                      |        |                          |                                 | <input type="checkbox"/> |
|                | ⑤-1 | 実習受入証明書の写し                                           |        |                          |                                 | <input type="checkbox"/> |
|                | ⑤-2 | 千葉県介護支援専門員地域同行型研修の修了証書の写し                            |        |                          |                                 | <input type="checkbox"/> |

|          |        |      |                          |    |
|----------|--------|------|--------------------------|----|
| 該当者のみ提出  | 提出書類   | 様式   | チェック                     | 備考 |
| 必須要件 ア.② | 市町村推薦書 | 様式 5 | <input type="checkbox"/> |    |

令和7(2025)年度千葉県主任介護支援専門員更新研修 第2期 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7年                |  | 月                  |  | 日             |  |           |  |                                   |  |  |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                 |  |                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |     |  |                                          |  | 生年月日 |  | 昭和                  |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                  |  |                           |  | 男・女                                                                                                                                                                                                        |  |     |  |                                          |  |      |  | 平成                  |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
| 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 |  |           |  | <input type="checkbox"/> 初回更新     |  |  |  |
| 主任介護支援専門員有効期間満了日                                                                                                                                                                                     |  |                           |  | 令和                                                                                                                                                                                                         |  |     |  |                                          |  | 年    |  | 月                   |  | 日                  |  |               |  |           |  | <input type="checkbox"/> 2回目以降の更新 |  |  |  |
| 保有資格<br>(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<br>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<br>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<br>20. その他 ( ) |  |     |  |                                          |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
| 自宅住所                                                                                                                                                                                                 |  |                           |  | 〒                                                                                                                                                                                                          |  |     |  |                                          |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | 携帯電話 ( )                                                                                                                                                                                                   |  |     |  |                                          |  |      |  |                     |  | その他 ( )            |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
| (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<br>(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<br>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<br>(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<br>2. 現在、居宅介護支援事業所の管理者<br>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<br>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 |  |                                   |  |  |  |
| 受講対象要件                                                                                                                                                                                               |  | 個別要件<br>(該当する全ての項目に☑チェック) |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |  | 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       |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |  | 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  |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |  | 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  |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |  | 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               |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |  | 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                 |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |  | 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                                                                                                                                                                                                          |  |     |  | ヵ月                                       |  |      |  | 左記のうち主任介護支援専門員の経験年数 |  |                    |  | 年             |  |           |  | ヵ月                                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  | 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                                                                                                                                                                                              |  |                           |  | @                                                                                                                                                                                                          |  |     |  |                                          |  |      |  |                     |  |                    |  |               |  |           |  |                                   |  |  |  |
| ※ 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。<br>※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。<br>※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。

令和7(2025)年度千葉県主任介護支援専門員更新研修 第2期 受講申込書 ※全員の方が提出

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。 |                                               |
| <input type="checkbox"/>                 | 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。 |
| <input type="checkbox"/>                 | 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。 |                                 |
| <input type="checkbox"/>                          | 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                                                                                  |
|        | <input type="checkbox"/> 受講者名で発行                                                        |
|        | <input type="checkbox"/> 法人名 または 事業所名で発行<br>↓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。<br>( ) |

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<br>(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 | <ul style="list-style-type: none"><li>・受講対象要件の必須要件を全て満たしています。</li><li>・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。</li><li>・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。</li></ul> |
|     | 令和7年      月      日      氏名<br>(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。

令和7(2025)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 ※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                       |                           | 氏名                                                                                                                                                                                                            |     | 男<br>女                                   | 生年月日 | 昭和<br>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            |                           | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                      |     | 主任介護支援専門員更新回数                            |      | <input type="checkbox"/> 初回更新                                                                               |   |                              |   |
| 主任介護支援専門員有効期間満了日           |                           | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                      |     |                                          |      | <input type="checkbox"/> 2回目以降の更新                                                                           |   |                              |   |
| 保有資格<br>(該当する番号<br>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<br>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<br>理) 14. 歯科衛生士<br>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<br>事者 20. その他 ( ) |     |                                          |      |                                                                                                             |   |                              |   |
| 自宅住所                       |                           | 〒 -                                                                                                                                                                                                           |     |                                          |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            |                           | 携帯電話 ( )                                                                                                                                                                                                      |     |                                          |      | その他 ( )                                                                                                     |   |                              |   |
| (書類送付先)                    | 事業所番号                     |                                                                                                                                                                                                               |     |                                          |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            | 名称                        | 法人名                                                                                                                                                                                                           |     |                                          |      | 事業所名                                                                                                        |   |                              |   |
|                            | 所在地                       | 〒 -                                                                                                                                                                                                           |     |                                          |      | 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)。<br>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。 |   |                              |   |
| 事業所区分<br>(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. 介護老人保健施設<br>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<br>(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<br>2. 現在、居宅介護支援事業所で管理者<br>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<br>4. 上記1~3に該当していない                                                                                                          |     |                                          |      | 事業所での従事者人数 (自分を含む)<br>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<br>(該当する全ての項目に☑チェック) | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | 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       |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            |                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | ②   | 地域包括支援センターや職能団体等が開催する研修等に年4回以上参加した者      |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            |                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | ③   | 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。          |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            |                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | 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               |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            |                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | 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                 |      |                                                                                                             |   |                              |   |
|                            |                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                      | 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) |                           | 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                                                                                                        |   | 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                    |                           | @                                                                                                                                                                                                             |     |                                          |      |                                                                                                             |   |                              |   |

※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。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。

令和7(2025)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 ※全員の方が提出

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。 |                                             |
| <input type="checkbox"/>                | 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料を送付いたします。 |
| <input type="checkbox"/>                | ②補助の対象を満たしていない → 受講決定後、受講料のみの払込票を送付いたします。   |

注意！  
テキストは令和6年度に改定がありました。

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。

研修テキストの費用は、(主) 千葉県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                                                                                  |
|        | <input type="checkbox"/> 受講者名で発行                                                        |
|        | <input type="checkbox"/> 法人名 または 事業所名で発行<br>↓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。<br>〔 〕 |

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<br>(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 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 受講対象要件の必須要件を全て満たしています。</li><li>・ 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。</li><li>・ 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。</li></ul> |
|     | 令和7年      月      日      氏名<br>(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。

※全員の方が提出

所 属 事 業 所 推 薦 書

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

代表者以外の者が作成する場合 職名・氏名 職名 氏名

代表者  
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更新研修の受講要件を満たしており、主任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。

|        |                                                                                                                             |                   |                                                                    |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 申込者氏名  |                                                                                                                             | 主任介護支援専門員<br>更新回数 | <input type="checkbox"/> 初回更新<br><input type="checkbox"/> 2回目以降の更新 |
| 代表者記入欄 | 受講申込者が代表者であるため申込者本人が作成します。→ <input type="checkbox"/>                                                                        |                   |                                                                    |
|        | 1) 推薦理由や本研修で特に学んでほしいこと等<br>.....<br>.....<br>.....<br>2) 主任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<br>.....<br>.....<br>..... |                   |                                                                    |
| 申込者記入欄 | 3) 受講目的、普段の活動状況等<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                 |                   |                                                                    |

※受講申込者が法人または事業所の代表者である場合は「受講申込者が代表者であるため申込者本人が作成します」にチェック☑を記入し、代表者記入欄と申込者記入欄の両方を申込者本人が作成してください。  
※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。

※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。

受講要件（個別要件）①  
研修企画、講師・ファシリテーター経験証明書

※記載する前に必ず別紙「受講要件（個別要件）の具体的な内容」を確認してください。

記入日 令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

|             |  |
|-------------|--|
| 氏 名         |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |

私は、令和 年度（4 月 1 日～3 月 31 日）の実績について以下のとおり申告いたします。

|   | 研修会名 | 研修実施機関名 | 研修年月日       | 担当科目 | 区分 |
|---|------|---------|-------------|------|----|
| 1 |      |         | 令和 年<br>月 日 |      |    |
| 2 |      |         | 令和 年<br>月 日 |      |    |
| 3 |      |         | 令和 年<br>月 日 |      |    |

※1 主任介護支援専門員資格の有効期間内のうち前年度の実績です。  
※2 上記記載内容に虚偽等の不正が発覚した際は受講決定を取り消す場合があります。  
■研修会名…該当となるのは介護支援専門員の法定研修（実務研修、専門研修、更新研修、主任研修、主任更新研修）及び千葉県介護支援専門員協議会主催研修です。  
■研修年月日…〇年〇月〇日と記載  
■区分…右記 1～3 の番号を記載してください。（1 企画 2 講師 3 ファシリテーター）

受講要件（個別要件）②  
研修実績証明書

※記載する前に必ず別紙「受講要件（個別要件）の具体的な内容」を確認してください。

記入日 令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

|             |  |
|-------------|--|
| 氏 名         |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |

私は、令和 年度（4 月 1 日～3 月 31 日）の実績について以下のとおり申告いたします。

|   | 研修会名 | 研修実施機関名 | 研修年月日       | 講師名・研修内容(テーマ) | 時間                   |
|---|------|---------|-------------|---------------|----------------------|
| 1 |      |         | 令和 年<br>月 日 | 講師（ ）         | 開始 :<br>終了 :<br>計 時間 |
| 2 |      |         | 令和 年<br>月 日 | 講師（ ）         | 開始 :<br>終了 :<br>計 時間 |
| 3 |      |         | 令和 年<br>月 日 | 講師（ ）         | 開始 :<br>終了 :<br>計 時間 |
| 4 |      |         | 令和 年<br>月 日 | 講師（ ）         | 開始 :<br>終了 :<br>計 時間 |

- ※1 主任介護支援専門員資格の有効期間内のうちいずれか 1 年度（4/1～3/31）の実績です。
- ※2 一つの研修会をプログラムの構成上 2 回程度に分けて実施した場合も可とします。
- ※3 受講証の内容を転記してください。受講証で必要事項が確認できない場合は開催案内等、確認できるものを添付してください。
- ※4 上記記載内容に虚偽等の不正が発覚した際は受講決定を取り消す場合があります。
- 研修年月日…○年○月○日と記載
- 講師名・研修内容（テーマ）…講師・主な研修内容やテーマなどを記載
- 時間…該当となる研修会の開催時間

受講要件（個別要件）③  
研究発表実績証明書

※記載する前に必ず別紙「受講要件（個別要件）の具体的な内容」を確認してください。

記入日 令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

|             |  |
|-------------|--|
| 氏 名         |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |

私は、令和 年度（4月1日～3月31日）の実績について以下のとおり申告いたします。

|   | 研究大会名 | 実施機関名 | 大会年月日       | 発表内容（演題テーマ） |
|---|-------|-------|-------------|-------------|
| 1 |       |       | 令和 年<br>月 日 |             |
| 2 |       |       | 令和 年<br>月 日 |             |
| 3 |       |       | 令和 年<br>月 日 |             |

※1 主任介護支援専門員資格の有効期間内のうちいずれか1年度（4/1～3/31）の実績です。  
※2 上記記載内容に虚偽等の不正が発覚した際は受講決定を取り消す場合があります。  
■大会年月日…○年○月○日と記載  
■発表内容…発表のテーマ、演題テーマなどを記載  
■添付書類…大会プログラムや発表抄録の写しなど、上記内容と申込者名が明記されたもの。添付書類がないものは認められない場合があります。

※必須要件ア. 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 必須要件ア.「②県内の自治体に所属している者」に該当する者として、令和 7 年度千葉県主任介護支援専門員更新研修第 2 期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<br>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。