

令和8(2026)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	<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"/>	
	クリップ留め	(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	<input type="checkbox"/>
				専門研修課程Ⅱ(直近のものを添付)	<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 ※2	<input type="checkbox"/>
	ウ 1枚添付	更新研修 前期・後期 ※2	<input type="checkbox"/>		

※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		<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"/>

クリップ留め	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	<input type="checkbox"/>

令和8(2026)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8年 月 日		
フリガナ			生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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		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 checked="" type="checkbox"/> →		<input type="checkbox"/>
保有資格 (該当する番号全てに <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input type="checkbox"/> 1. 医師 <input type="checkbox"/> 2. 歯科医師 <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4. 保健師 <input type="checkbox"/> 5. 看護師 <input type="checkbox"/> 6. 准看護師 <input type="checkbox"/> 7. 理学療法士 <input type="checkbox"/> 8. 作業療法士 <input type="checkbox"/> 9. 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 10. あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 11. はり師 <input type="checkbox"/> 12. きゅう師 <input type="checkbox"/> 13. 栄養士(管理栄養士) <input type="checkbox"/> 14. 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 15. 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 16. 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 17. 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 18. 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 19. 相談援助従事者 <input type="checkbox"/> 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 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input type="checkbox"/> 1. 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 4. 介護医療院(療養型医療施設) <input type="checkbox"/> 5. 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 6. グループホーム <input type="checkbox"/> 7. 特定施設 <input type="checkbox"/> 8. 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 9. その他 ()				
現在の従事状況 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	<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	@				
※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。					
受講対象要件 (該当する全ての項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<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		

2枚目も必ず記入してください。

令和8(2026)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 ※必ず現在の勤務先を含めて記入してください。		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. こちらに記入した勤務先の実務経験証明書を添付する。 2. 勤務先が6箇所以上の場合には様式2-2を2枚添付する。 3. 必ず現在の勤務先を含めて 、就業時期が過去のものから順に記入する。
	3		年 ヵ月	
	4		年 ヵ月	
	5		年 ヵ月	

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
	<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 ↓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)

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8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。

記入上の注意点

令和8(2026)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 8 年 6 月 2 0 日

フリガナ	カイゴ タロウ		生年	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		〇〇年 〇〇月 〇〇日					
氏名	介護 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
介護支援専門員登録番号	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/> チェックボックス <input type="checkbox"/> をクリックするとレ点が入ります。			
介護支援専門員証有効期間満了日	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 <input checked="" type="checkbox"/> →		<input checked="" type="checkbox"/>				
保有資格 (該当する番号全てに <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input type="checkbox"/> 1. 医師 <input type="checkbox"/> 2. 歯科医師 <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師 <input type="checkbox"/> 4. 保健師 <input type="checkbox"/> 5. 看護師 <input type="checkbox"/> 6. 准看護師 <input type="checkbox"/> 7. 理学療法士 <input type="checkbox"/> 8. 作業療法士 <input type="checkbox"/> 9. 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 10. あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 11. はり師 <input type="checkbox"/> 12. きゅう師 <input type="checkbox"/> 13. 栄養士 (管理栄養士) <input type="checkbox"/> 14. 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 15. 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 16. 社会福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 17. 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 18. 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 19. 相談援助従事者 <input type="checkbox"/> 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 (先) 書類送付	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 △△居宅介護支援事業所					
	所在地	〒000-0000 千葉県〇〇市◇◇◇1-23-4							電話	000	(0000)
事業所区分 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 4. 介護医療院(介護療養型医療施設) <input type="checkbox"/> 5. 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 6. グループホーム <input type="checkbox"/> 7. 特定施設 <input type="checkbox"/> 8. 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 9. その他 ()										
現在の従事状況 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> オンラインコース		参集を希望する理由 <input type="checkbox"/> 参集								
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 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 (該当する全ての項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェック)	<input checked="" 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 checked="" 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5年以上である者								
	<input type="checkbox"/>	③	地域包括支援センターに配置されている者								
	<input type="checkbox"/>	④-1	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)で通算5年(60ヶ月)以上、現に介護支援専門員として勤務している者								
	<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									

2枚目も必ず記入してください。

記入上の注意点

令和8(2026)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 ※必ず現在の勤務先を含めて記入してください。		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	〇〇ケアプランセンター	5 年 8 カ月	8 年 7 カ月
	2	△△居宅介護支援事業所	2 年 11 カ月	実務従事期間記入時の注意事項 1. こちらに記入した期間の実務経験証明書が添付されていない期間は合算を記入する。様式3実務経験証明書の添付がない期間は含めない。
	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、 必ず現在の勤務先を含めて記入する。※現在の勤務先の実務経験証明書も提出してください。	カ月	
	4		カ月	
	5		カ月	
	カ月			

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。

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。

領収証について (受講料は)

希望する宛名

領収証の宛名

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

令和8年 6 月 20 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。

1枚目も必ず記入してください。

実務経験証明書

※全員の方が提出

令和 8 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

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】				(<input type="checkbox"/> 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]		
	Aのうち、個別要件④-2の期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [年 ヲ月]		
【除外期間】 Aのうち、算定除外の期間	兼務、非常勤、他職種として勤務、休職等の期間 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。
- (注5) 記入した項目を訂正する場合は、訂正印を押してください。

現在の勤務先の実務経験
証明書も必要となります！

記入上の注意点

実務経験証明書

主任様式 3
※全員の方が提出

申込者本人が事業所の管理者の場合は、法人の代表者が証明してください。
申込者本人が法人の代表者の場合は、ご自身で作成してください。

8 年 6 月 19 日

作成日を記入する。

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書も必ず提出する。**

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。

氏名 _____ 職名 _____ 氏名 _____
A欄

氏名 _____ 職名 _____

下記の者の、介

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 B欄
	事業所名	△△居宅介護支援事業所
実務従事期間【A】	令和5年7月12日～令和8年6月19日 [2年11ヵ月] (<input checked="" type="checkbox"/> 在職中)	
Aのうち、管理者との兼務期間	年 月 日 ~ 年 月 日	1ヵ月に満たない部分は切り捨てる。
Aのうち、個別要件④-1の兼務期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
Aのうち、個別要件④-2の期間	年 月 日 ~ 年	他職種との兼務期間 非常勤の期間 他職種として勤務していた期間 産休、育休、休職、休業等で勤務していない期間は算定できないため、除外期間に記入する。
【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、休職等の期間 年 月 日 ~ 年	
受講要件に算定できる実務従事期間	【A】の期間 - 除外期間 = [2 年 11 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以下を確認して対応ください。
 - (1) 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、年金記録等の証明書、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てください。
 - (2) 令和8年度の実務経験証明書は受講申込者本人が自書し、自書する理由を備考欄に具体的に記入してください。
 - (3) 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、合併・譲渡・統合等の具体的な経緯等を備考欄に記入してください。

- (注1) 申込者が... はありま...
- (注2) 実務経験...
- (注3) 作成にあ... あっても...
- (注4) 年月日は...
- (注5) 記入した...

所属事業所推薦書

※全員の方が提出

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

所在地 〒

法人名又は事業所名

代表者職名・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 _____

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→ <input type="checkbox"/> <u>1) 推薦理由、研修で特に学んでほしいこと等</u>			
	<u>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</u>			
	<u>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</u>			
	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未定

申込者記入欄	<u>4) 受講目的、普段の活動状況等</u>
--------	--

- (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。
- (注4) 記入した項目を訂正する場合は、訂正印を押してください。

記入上の注意点

所属事業所推薦書

令和 年 月 日

【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。

地 〒

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。

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

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、ケアマネとしての経験等

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)

代表者記入欄

3) 研修

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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未定

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。

申込者記入欄

- (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。
- (注4) 記入した項目を訂正する場合は、訂正印を押してください。

※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 〒 -

(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8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	<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 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。