

※全員の方が提出

令和6(2024)年度千葉県主任介護支援専門員更新研修 第1期 【提出物確認書】

- 記入漏れや押印漏れがある場合、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。
- 様式3と様式6は事業所の代表者が証明してください。(記入例あり)

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サイズの用紙にコピーする (拡大する必要なし)	
		ア 主任介護支援専門員研修修了証明書の写し または イ 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 →ア 2回目以降の更新の場合 →イ	
		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 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 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 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 または 様式6(令和5年度実績の場合のみ有効)				<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6(2024)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6年	月	日
フリガナ		生年月日	昭和	年	月
氏名	男・女		平成	年	月
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	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	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 2回目以降の更新		
介護支援専門員受験時の基礎資格		その他保有している資格			
自宅住所	〒 -				
	携帯電話	()	その他	()	
(書類送付先) 所属事業所	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 (該当する番号に○)	1. 地域包括支援センターの主任介護支援専門員として従事している 2. 現在、居宅介護支援事業所で管理者として従事している 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する予定がある 4. 上記1~3に該当していない				
受講対象要件 (該当する全ての項目に☑チェック)	1) 必須要件	<input type="checkbox"/> 必須要件を全て満たしている ※ここに☑チェックがない場合は受講不可			
	2) 個別要件	<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	【特別措置】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2回以上参加した者		
		<input type="checkbox"/> ④	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"/> ⑤-1	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"/> ⑤-2	千葉県介護支援専門員実務研修の実習指導を行った者		
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 月	左記のうち主任介護支援専門員の経験年数	年 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	@				
※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。					
署名欄	上記記載内容及び申込書一式(添付書類等)の記載事項に相違ありません。氏名(自書) _____				
備考					

千葉県知事 熊谷 俊人 様

申込日 令和6年 月 日

フリガナ		氏名		男・女	生年月日	昭和 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 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 <input type="checkbox"/> 2回目以降の更新		
主任介護支援専門員有効期間満了日		平成 令和	年	月	日	その他保有				
介護支援専門員受験時の基礎資格										
自宅住所		〒 _____ 主任介護支援専門員研修 又は 主任介護支援専門員更新研修 の修了証明書に記載されている年月日を記入してください。 ※臨時的な取扱いにより延長している有効期間満了日ではない。								
(書類送付先) 所属事業所	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 (該当する番号に○)		<input checked="" type="checkbox"/> チェックの記入漏れに注意! <input type="checkbox"/> _____ して従事している <input type="checkbox"/> _____ して従事している <input type="checkbox"/> _____ して従事する予定がある								
受講対象要件 (該当する全ての項目に☑チェック)	1) 必須要件	<input type="checkbox"/> 必須要件を全て満たしている ※ここに☑チェックがない場合は受講不可								
	2) 個別要件	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 日 _____ 等にて研修等に年2回以上参加した者 ここで☑をした項目の証明書類をすべて添付する。							
		<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 月		左記のうち主任介護支援専門員の経験年数		年 月				
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。										
署名欄	上記記載内容及び申込書一式(添付書類等)の記載事項に相違ありません。 氏名(自書) _____									
備考										

※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 _____

事業所
確認印
公 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 更新回数	<input type="checkbox"/> 初回更新 <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以下は自書します→ <input type="checkbox"/> 推薦理由や本研修で特に学んでほしいこと等 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
--------	---

申込者記入欄	受講目的、普段の活動状況等
--------	--

介護支援専門員の人数（申込者本人含む令和6年4月8日現在）			
同一事業所内の 介護支援専門員の人数	名	同一事業所内の 主任介護支援専門員の人数	名

※申込者が事業所の代表者等である場合は「受講申込者が代表者であるため以下は自書します」にチェック を記入し、代表者記入欄と申込者記入欄のいずれも自書してください。
 ※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。

記入例

所属事業所推薦書

令和 年 月 日

【申込者本人が事業所の代表者の場合】
以下のいずれかの方法で記入
①法人の代表者が作成する。
(法人情報を記入し押印)
②申込者自身が、事業所の代表として作成する。
(事業所情報を記入し押印)

事業所
確認印
公 印

_____ 氏名 _____
_____ 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 _____

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 更新回数	<input type="checkbox"/> 初回更新 <input type="checkbox"/> 2回目以降の更新
-------	-------------------	--

受講申込者が代表者であるため以下は自書します→ 申込者が事業所の代表者のため
申込者自身が作成する場合は
を記入する。

推薦理由や本研修で特に学んでほしいこと等

代表者記入欄

申込者本人が代表者として作成する場合も記入が必要です。
学んでほしいこと等は、自身が「学びたいこと等」に置き換えて
記入してください。

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

代表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

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。

【2回目以降の主任更新研修の場合】
後進育成、地域作りへの参画、主任介護支援専門員である自身のケアマネ
ジメント力の向上など、5年前の主任更新研修受講後からの取り組みにつ
いて記入してください。

介護支援専門員の人数 (申込者本人含む令和6年4月6日現在)

同一事業所内の 介護支援専門員の人数	名	同一事業所内の 主任介護支援専門員の人数	名
-----------------------	---	-------------------------	---

※申込者が事業所の代表者等である場合は「受講申込者が代表者であるため以下は自書します」にチェック
☑を記入し、代表者記入欄と申込者記入欄のいずれも自書してください。
※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。

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 月 日		
2			令和 年 月 日		
3			令和 年 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…○年○月○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。

↓該当する個別要件のいずれかにチェック☑

<input type="checkbox"/>	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"/>	【特別措置】 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 2回 以上参加した者

	研修会名	研修実施機関名	研修年月日	講師名・研修テーマ	時間
1			令和 年 月 日	講師（ ）	開始 : 終了 : 計 時間
2			令和 年 月 日	講師（ ）	開始 : 終了 : 計 時間
3			令和 年 月 日	講師（ ）	開始 : 終了 : 計 時間
4			令和 年 月 日	講師（ ）	開始 : 終了 : 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 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

■研修内容…主な内容やテーマなど

■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 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 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

〒

—

(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6年度千葉県主任介護支援専門員更新研修第1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 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5年度の実績で証明する場合に提出

受講要件（個別要件）⑤-1 実習指導証明書

※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

所在地 〒

施設名又は事業所名	_____	事業所 確認印 公 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 _____	

以下の者は、令和5年度千葉県介護支援専門員実務研修における実習指導を行い、受講対象要件個別要件⑤-1を満たしていることを証明します。

実習指導者氏名 (受講申込者)			
所属事業所名			
実習事項	実習日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日	日間
	実習内容		
備考			

- ※1 令和5年度の実績を証明する場合に提出してください。令和6年4月8日現在において「令和5年度千葉県介護支援専門員実務研修実習受入証明書」が発行されていない状況を踏まえ、本様式を提出することにより受講要件を満たすこととします。実習受入証明書が発行され次第、本研修の受講決定後に、その写しを必ず提出してください。提出時期は受講決定後にお知らせします。
- ※2 事業所代表者が記入してください。受講申込者が当該事業所の代表者である場合は、申込者本人が記入してください。
- ※3 記入の際は「千葉県介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」(千葉県社会福祉協議会発行第5号様式)を参照してください。本様式の実習指導者氏名(受講申込者)は、「千葉県介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」の『実習指導者氏名』に記載されている方となります。

記入例

※令和5年度の実績で証明する場合に提出

受講要件（個別要件）⑤－1 実習指導証明書

※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

事業所代表者が作成してください。

【申込者本人が事業所の代表者の場合】
申込者自身が、事業所の代表として作成する。
 （事業所情報を記入し押印）

〒 _____

氏名 _____ 事業所
確認印
公 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 _____

以下の者は、令和5年度千葉県介護支援専門員実務研修における実習指導を行い、受講対象要件個別要件⑤－1を満たしていることを証明します。

実習指導者氏名 (受講申込者)					
所属事業所名					
実習事項	実習日	令和 年 月 日			日間
		令和 年 月 日			
		令和 年 月 日			
	実習内容				
備考					

【実習日が4日以上の場合】
余白に年月日を記入してください。

- ※1 令和5年度の実績を証明する場合に提出してください。令和6年4月8日現在において「令和5年度千葉県介護支援専門員実務研修実習受入証明書」が発行されていない状況を踏まえ、本様式を提出することにより受講要件を満たすこととします。実習受入証明書が発行され次第、本研修の受講決定後に、その写しを必ず提出してください。提出時期は受講決定後にお知らせします。
- ※2 事業所代表者が記入してください。受講申込者が当該事業所の代表者である場合は、申込者本人が記入してください。
- ※3 記入の際は「千葉県介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」(千葉県社会福祉協議会発行第5号様式)を参照してください。本様式の実習指導者氏名(受講申込者)は、「千葉県介護支援専門員実務研修報告書兼評価書」の『実習指導者氏名』に記載されている方となります。