

令和 5 (2023) 年度 埼玉県主任介護支援専門員研修 受講申込書

記入日 令和 5 年 月 日

1 希望する受講日程

*第1～第3希望のコースを、○で囲んでください。

人数により変更になる場合があります。また、第2、第3希望に○がない方は、ご希望に添えない可能性が高くなります。

第1希望	1期・①コース	1期・②コース	2期・①コース	2期・②コース	3期・①コース	3期・②コース	どれでも可
第2希望	1期・①コース	1期・②コース	2期・①コース	2期・②コース	3期・①コース	3期・②コース	どれでも可
第3希望	1期・①コース	1期・②コース	2期・①コース	2期・②コース	3期・①コース	3期・②コース	どれでも可

2 受講要件

*令和 5(2023)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修実施要領 3 対象者(2)個別要件のいずれか該当するものを○で囲んでください。(複数該当する場合も1項目を選択)

①	常勤専従の介護支援専門員として実務に従事した期間が、通算して5年(60か月)以上ある方
②	ケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者、または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であって、常勤専従の介護支援専門員として実務に従事した期間が3年(36か月)以上ある方
③	介護保険法施行規則第140条の66第1号イ(3)に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として現に県内の地域包括支援センターに常勤として配置されていて、介護支援専門員として実務に従事した期間が5年(60か月)以上ある方
④	ア. 指定居宅介護支援事業所における常勤の介護支援専門員で、保険者の推薦を受けた方 イ. 地域包括支援センターにおける常勤の介護支援専門員で、保険者の推薦を受けた方

3 受講希望者について

受講希望者本人	フリガナ			生年月日	昭和 平成	
	氏名				年 月 日 ()歳	
	住所	〒 —		自宅電話	— —	
				携帯電話	— —	
	介護支援専門員番号				登録都道府県 ()	
	常勤専従の介護支援専門員の実務経験(居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターの管理者との兼務の場合は期間に含めることができる)(個別要件③の方は該当の期間)		年 月 (本申込書作成日現在) (実務証明の証明期間と同一期間を記入)			
	上記実務経験期間で受講要件を満たさない場合、受講開始日までの見込み実務経験期間		か月 (実務期間を満たしたら速やかにこの期間の実務経験証明書を提出します)			
	受講目的	(該当するものに☑をしてください) ○現在、居宅介護支援事業所の管理者である → <input type="checkbox"/> ○本研修を受講後に特定事業加算を算定する予定がある → <input type="checkbox"/> (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)※算定予定のものに○				
基礎資格 (ひとつ○で囲ってください)	1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 保健師 5 助産師 6 看護師 7 准看護師 8 理学療法士 9 作業療法士 10 社会福祉士 11 介護福祉士 12 視能訓練士 13 義肢装具士 14 歯科衛生士 15 言語聴覚士 16 あん摩マッサージ指圧師 17 はり師・きゅう師 18 柔道整復師 19 栄養士・管理栄養士 20 精神保健福祉士 21 その他相談職 22 その他介護職					

4 現所属先の状況について

勤務先	事業所名			
	所在地	〒 —	住所	
	事業所番号			
	電話	— —	FAX	— —
	事業所形態	1.地域包括支援センター 2.居宅介護支援事業所 3.その他 (いずれかに○)		
現所属内の主任介護支援専門員の有無と特定事業所加算取得状況 (該当するものに☑をしてください)		○申込者の事業所に現在主任介護支援専門員がいる → <input type="checkbox"/> () 名 特定事業所加算状況 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ) ※現在の算定状況に○ ○申込者の事業所に現在主任介護支援専門員がいない → <input type="checkbox"/>		

*申込内容確認等の必要のある時は、原則として勤務先に連絡させていただきます。

5 受講要件に関係する研修修了状況

1～5 の各研修の修了状況を○で囲んでください。(修了年度を記載してください)

研 修 修 了 状 況	1	平成 15～17 年度 ケアマネジメントリーダー養成研修	平成____年度修了
	2	平成 15～17 年度 基礎課程Ⅰ又は基礎課程Ⅱ	平成____年度修了
	3	平成 18～令和 4 年度 専門研修課程Ⅰ	平成・令和____年度修了
	4	平成 18～令和 4 年度 専門研修課程Ⅱ	平成・令和____年度修了
	5	平成 18～令和 4 年度 更新研修(実務従事者)	平成・令和____年度修了

6 添付書類

- ① 平成 18 年度以降に各都道府県が実施した「介護支援専門員専門研修課程Ⅰ」及び「介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」の修了証明書の写し(全員)、または各都道府県が実施した「実務従事者向け介護支援専門員更新研修」の修了証明書の写し(全員)
 ＊平成 15 年度から 17 年度までの間に各都道府県が実施した、介護支援専門員現任研修基礎課程Ⅰまたは基礎課程Ⅱを修了し、「専門研修Ⅰ」の受講が免除となっている方は、「基礎課程Ⅰ」または「基礎課程Ⅱ」の修了証の写し(該当者)
- ② 実務経験証明書(申込書式2)(全員)
- ③ 現在の常勤専従の介護支援専門員としての配置状況が確認出来る書類の写し(全員:勤務形態一覧表など)
- ④ 介護支援専門員証の写し(全員)
- ⑤ ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証の写し、または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の認定登録証の写し(該当者)
- ⑥ 保険者の推薦書(申込書式3)(申込書式 1-1 2. 受講要件④ーア 該当者)
- ⑦ 保険者の推薦書(申込書式4-1)および地域包括支援センター在籍証明書(申込書式4-2)
 (申込書式 1-1 2. 受講要件④ーイ 該当者)
- ⑧ 埼玉県内の就業(予定)を証明する就業証明書(申込書式 5)(全員)
- ⑨ 誓約書(申込書式6)(該当者)
- ⑩ 居宅(施設)サービス計画書の事例(全員)
- ⑪ ケアプラン提出時チェック表(申込書式7)(全員)
- ⑫ 提出書類チェック表(申込書式 8)(全員)

身体の不自由等、受講において特別な配慮を希望する場合は、その内容を記入してください。