

令和6年(2024)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 6 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。

応募人数等により第1希望以外のコースになる可能性があります。ご了承ください。

第1希望	どれでも可	1コース	2コース	3コース	4コース	5コース
第2希望	どれでも可	1コース	2コース	3コース	4コース	5コース
第3希望	どれでも可	1コース	2コース	3コース	4コース	5コース

2 個別要件 *【令和6(2024)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修実施要領】の「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で配置されていて、センターが所在する市町村の推薦を受けた方
④	居宅介護支援事業所に常勤の介護支援専門員として配置され、事業所が所在する市町村の推薦を受けた方

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 年 月 日 ()歳
	氏 名			自宅電話	— —
	住 所	〒 —	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の管理者との兼務、又は地域包括支援センターの管理者との兼務は、期間として算定できます。)			年 月 (本申込書作成日現在) (実務経験証明書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 *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をさせていただきます。

勤 務 先	事業所名					事業所番号				
	所在地	〒 —	住所							
	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"/>								
★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。										

*個人情報について 受講申込書および添付書類の記載事項は、埼玉県主任介護支援専門員研修の運営及び受講資格確認、名簿登録、修了書発行業務、埼玉県への修了者名簿提出以外の目的に使用いたしません。

様式 1-2

令和6年(2024)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修 受講申込書

提出書類チェック表

氏名

こちらのチェック表も同封してください

個別要件 ① ② ③ ④ 共通	<input type="checkbox"/>	受講申込書			様式 1-1
	<input type="checkbox"/>	専門研修Ⅰ及びⅡの修了証明書の写し、又は実務従事者向け更新研修(専門Ⅰ・Ⅱ相当分)の修了証明書の写し	「専門研修Ⅰ」(33 時間又は 56 時間もしくは平成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」又は「基礎課程Ⅱ」、及び「専門研修Ⅱ」(20 時間又は 32 時間)、又は「更新研修」(53時間又は88時間)の研修修了証明書の写し ※複数回受講している場合は直近のもの		写し
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し		現在の介護支援専門員証	写し
	<input type="checkbox"/>	実務経験証明書		個別要件③④の方は除く	様式 2-2
	<input type="checkbox"/>	就業証明書		個別要件①②の方で、実務経験証明書で証明される従事期間が、申込開始以前のもののみの場合、必須要件を確認するために提出が必要です。	様式 3
	<input type="checkbox"/>	証明日が属する月の1か月分の勤務形態一覧表(就業証明書を作成した勤務先にて作成)		証明日が属する月の1か月分の勤務形態一覧表(就業証明書を作成した勤務先にて作成)を添付してください。	
	<input type="checkbox"/>	居宅(施設)サービス計画書等の事例 *必ず申込者の名前を記入してください。		詳細は様式 4-1 でご確認ください。	写し
	<input type="checkbox"/>	ケアプラン提出時チェック表			様式 4-2
	<input type="checkbox"/>	誓約書		必要書類が申込時に間に合わない方のみ	様式 5
個別要件 ② ③ ④ の方のみ	<input type="checkbox"/>	②	ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証、又は認定ケアマネジャーの認定登録証の写し	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研修開始日の前日までに通算して3年(36 ヶ月)以上である方 ※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資格が失効していない事。	写し
	<input type="checkbox"/>	③	地域包括支援センターが所在する市町村の推薦書および在籍証明書	その地域包括支援センターでの勤務が2年(24 ヶ月)以上あり、人員配置基準上、主任介護支援専門員の設置が不可欠である場合に該当し、推薦書・在籍証明書を提出できる方	様式 6-1 様式 6-2
	<input type="checkbox"/>	④	指定居宅介護支援事業所が所在する市町村の推薦書	居宅介護支援事業所において、常勤の介護支援専門員として実務に従事した期間が研修開始時までに通算して5年(60 ヶ月)以上あり、他の業務との兼務の割合が就業時間の二分の一を下回らない方で推薦書を提出できる方	様式 7

・同封書類を再度ご確認ください、特定記録郵便又は簡易書留(厳守)で 当協会まで郵送をお願いします。

・提出書類一式はコピーを取ってお手元に保管しておいてください。

申込期限 令和 6 年 5 月 14 日(火) 必着