

2024 年 月 日

誓約書

埼玉県知事指定研修実施機関  
一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会 代表理事 長谷川 佳和 様

フリガナ	(姓)	(名)
氏 名		
生 年 月 日	西暦 年 月 日	( 歳)
介護支援専門員登録番号		
主任期間満了日	令和 (西暦 )年 月 日 まで	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
連絡先電話番号	自 宅 : - -	日中の連絡先: - -
勤務先名称		

私は、令和 6 年度埼玉県主任介護支援専門員更新研修を受講するに当たり、申込日以降に確定した以下の証明書は、定められた期日までに提出することを誓約します。

要件(1)～(8)のいずれかに、 <input type="checkbox"/> チェックを入れてください	
<input type="checkbox"/>	(1)「介護支援専門員資質向上事業実施要綱」に基づく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方で、「様式1 講師実績証明書」を提出できる方
<input type="checkbox"/>	(2)埼玉県、市町村、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回以上参加した方で、その研修の修了証の写し又は「様式2－① 研修受講証明書(原本)」を提出できる方
<input type="checkbox"/>	(3)埼玉県の委託事業「はろーケアマネ相談窓口」において 2 回/年(1回4時間)以上の相談業務を担当した方で、「様式2－② 相談業務証明書」を提出できる方
<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方で、「様式3 演題発表等実績自己申告書」、研究大会プログラム及び発表内容抄録等の写しを提出できる方
<input type="checkbox"/>	(5)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、有効期間内の認定ケアマネジャーの認定証の写しを提出できる方
(6)主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者として埼玉県が適当と認める方 以下のア～ウいずれかの要件を満たす方とする。	
<input type="checkbox"/>	ア. 県内の地域包括支援センターにおいて主任介護支援専門員の配置で、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に従事した経験を有する方で、「様式4 主任介護支援専門員実務経験証明書」を提出できる方 ※地域包括支援センターにおいて、保健師(看護師)、社会福祉士の配置の方は、個別要件⑥アの対象とはなりませんので他の個別要件を満たす必要があります。
<input type="checkbox"/>	イ. 埼玉県介護支援専門員実務研修の「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」において、実習指導者として実習生の指導をした実績がある方で「様式5 実習指導実績証明書」及び埼玉県介護支援専門員実務研修実習報告書(写し)を提出できる方
<input type="checkbox"/>	ウ. 県内の在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に勤務し、継続的利用者(家族を含む)や地域包括センター職員、介護支援専門員等からの相談に対応した経験を有する方で、「様式6 連携支援従事証明書」を提出できる方
<input type="checkbox"/>	(7)令和6年(2024年)度 就業(見込み)証明書「様式8」 (就業証明書を「受講開始日までに就業予定」で提出した方については、実際に就業した後、改めて本証明書を提出する必要があります。)
<input type="checkbox"/>	(8)その他 <u>不足しているものをご記入ください</u> ( )