

申込日 2025 年 月 日

令和7(2025)年度 埼玉県主任介護支援専門員更新研修受講申込書
(1 期 、 2 期 、 3 期) 希望

上記のうち、いずれかに丸印付けてください。但し、主任有効満了日のおおむね2年以内からのお申込みになります。

定員を超えた場合、調整をさせていただきます。受講変更可能な時期の可/不可について下記に丸印をつけてください

第 2 期 で の 受 講 : 可 ・ 不 可
第 3 期 で の 受 講 : 可 ・ 不 可

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		
主たる基礎資格 1 つ選んで○を付けて 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(管理栄養士を含む) 20 精神保健福祉士 21 その他相談職 22 その他介護職	
介護支援専門員 有効期間満了日	令和 (西暦) 年 月 日 まで有効	
主任期間満了日	令和 (西暦) 年 月 日 まで有効	
前回受講研修	<input type="checkbox"/> 主任(新規)研修 / <input type="checkbox"/> 主任更新研修	
自宅住所	〒 <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 - -	携帯番号: - -
勤務先名称 原則、問合せ、確認等の連絡 は勤務先にさせていただきます	(事業区分: 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター ・ その他) いずれかに丸印	
所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 事業所 電話番号: - - FAX: - -	

●特定一般教育訓練給付制度を利用しますか (はい ・ いいえ) いずれかに丸印付けてください。

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

※ 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更新研修の運営および受講資格確認、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。

受講において特別な配慮を希望する場合、その内容をご記入ください

提出書類チェック表

※チェック後、この『提出書類チェック表』も提出してください

	<input type="checkbox"/>	主任介護支援専門員更新研修受講申込書		届出 様式1
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証 写し		複写
	<input type="checkbox"/>	主任(新規)介護支援専門員又は主任介護支援専門員更新研修の研修修了証明書の写し		複写
個別要件	<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	講師実績証明書	様式1
	<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4回以上参加した方	研修受講証明書（様式2の① 原本提出）又は研修修了書の <u>写し</u> （4枚以上、直近実施分） ※修了書が発行された研修は写し提出。 <u>修了書が発行されなかった研修は研修主催者に様式2の①の主催者欄を記入してもらい原本を提出。</u>	研修修了 証明書写し又は様式2の①
	<input type="checkbox"/>	③県の委託事業「はろーケアマネ相談窓口」において1回4時間以上の相談業務を年2回担当した場合	相談業務証明書	様式2の②
	<input type="checkbox"/>	④日本ケアマネジメント学会等が開催する研究大会において、演題発表等の経験がある方（申し込み時点以前、3年間）	自己申告書	様式3
			介護支援専門員を対象とする学会・研究大会カリキュラム （近畿ブロック研究大会・日本介護支援専門員協会研究大会等）、発表内容の抄録等（写し）	複写
	<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	研修修了日まで有効な、認定証	複写
	<input type="checkbox"/>	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であり、都道府県が適当と認める方	介護支援専門員として埼玉県に登録があり、かつ県内の <u>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</u> 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。 ※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。	様式4
	<input type="checkbox"/>		介護支援専門員実務研修の実習等において指導した実績がある方	様式5
	<input type="checkbox"/>		（添付書類）埼玉県介護支援専門員実務研修実習報告書	複写
	<input type="checkbox"/>		県内の在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口勤務し、継続的利用者（家族を含む）や地域包括センター職員や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	様式6
その他	<input type="checkbox"/>	誓約書（ <u>申込期限までに間に合わない書類がある方のみ提出</u> ）	提出が必要な方のみ	様式7
	<input type="checkbox"/>	就業証明書	全員ご提出ください	様式8