

(様式1)表

主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 年 月 日現在

ふりがな						(満 歳)	
氏名				生年月日	昭和	平成	年 月 日生
勤務先	名称				TEL		
	所在地	〒			FAX		
連絡先	E-Mail				携帯		
介護支援専門員 登録番号 (8桁)							
・介護支援専門員実務研修受講試験を受験したときの保有資格を記入してください。 (例：看護師、介護福祉士など)							
・「研修対象者」の該当する番号を○で囲んでください。				(1) (2) (3) (4) - ① ② ③			

【介護支援専門員に関する職歴】

	勤務期間	勤務先名	専任・兼務の別	兼務の職種	備考
				兼務先事業所名	
平成 年 月から ----- 平成 年 月まで	年 ヶ月		専任 ・ 兼務		
平成 年 月から ----- 平成 年 月まで	年 ヶ月		専任 ・ 兼務		
平成 年 月から ----- 平成 年 月まで	年 ヶ月		専任 ・ 兼務		
平成 年 月から ----- 平成 年 月まで	年 ヶ月		専任 ・ 兼務		
合 計	年 ヶ月				

- * 介護支援専門員登録以後の介護支援専門員としての職歴について、専任・兼務にかかわらず全て記載してください。
- * 基準日は令和3年9月1日現在としてください。
- * 端数の日数(〇〇日)は切り捨ててください。
- * 業務従事証明書(別紙様式2~4)を添付してください。
- * 当該事業所の管理者として兼務した期間は、専任期間に含めてください。
- * 「在宅介護支援センター」業務を兼務した期間は専任期間に含めた上で、「兼務」を選択し、必ず在宅介護支援センター名とその兼務内容(職種)を記入してください。
- * 「専任」とは常勤専従のことであり、他の事業所と兼務している期間及び管理者以外の職種を兼務している期間は「兼務」としてください。
- * 研修対象者(2)に該当する者で、ケアマネジメントリーダー研修の修了者は、修了証書の写を添付してください。

(様式1) 裏

【研修修了歴】 (年度欄には受講した全ての年度を○で囲んでください。)

修了の有無	年度	研修課程・コース名	備考
有 無	14・15・16・17	ケアマネジメントリーダー研修	
有 無	27・28・29・30・31・1・2	専門研修課程Ⅱ	

【研修講師の経験】

研修名	実施主体	実施年月	備考
		平成 令和 年 月	
		平成 令和 年 月	
		平成 令和 年 月	
		平成 令和 年 月	
		平成 令和 年 月	

※ 研修とは、福井県介護支援専門員協会または福井県社会福祉協議会が実施の次の研修を指す。(ただし、いずれもファシリテーターを含む。)

①介護支援専門員実務研修

②平成14年度～17年度に実施の介護支援専門員現任研修基礎研修または専門研修

③平成18年度から実施の介護支援専門員資質向上研修の実務従事者基礎研修及び専門研修、更新研修

【主任介護支援専門員としての意欲や抱負】 ※必ず記入すること

--