

提出書類 (表紙)

※提出書類の留意事項 : ①本紙を表紙にする・②A4サイズに統一・③左上を綴じる

ふりがな		介護支援専門員登録番号 (8桁)			
氏名					
内容 (網掛け部分は全員提出 + 要件(1)・(2)は該当書類提出)		添付	提出書類		
表紙	提出書類表紙 (様式1)	必須	様式1 (本紙)		
申込書	受講申込書 (様式2)	必須	様式2		
登録証	介護支援専門員証コピー	必須	専門員証 (コピー)		
要件 (1) 研修 修了	主任研修の修了証書 ※必須 (証書コピーを提出)		主任研修修了証明書の添付		
	①主任研修受講年度	平成 _____ 年度	有 ・ 無 (※どちらかに○)		
	②主任研修修了年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	③主任介護支援専門員 の有効期間満了日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	④介護支援専門員証 の有効期間満了日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
要件 (2) 受講 要件	受講要件を満たすことを証明する書類 ※必須 ※次の①～⑤の該当欄に○を記入し、書類を提出		該当欄	提出書類	
	①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者			様式3 又は 様式4	
	②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回以上参加した者			様式5 及び 修了証書 又は 参加証明できるもの	
	③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者			様式6	
	④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			取得証明書 (コピー)	
	⑤次の要件に該当し、主任介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者として都道府県が認める者 (ア) 現に地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属されている者で、 地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者 として市町村の推薦を受けた者			様式7	
(イ) 地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属予定の者で、介護支援専門員の資格を有し、 市町村や在宅介護支援センター、地域包括支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に従事した経験があり、地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者 として市町村の推薦を受けた者			様式8		
受講希望の日程 : 第一希望 (_____) 組 ※必ず記入してください。ご希望に添えないこともあります。					

※要件(1)・要件(2)の両方を満たす者が対象となります。

平成 28 年度大分県主任介護支援専門員更新研修（受講申込書）

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会 宛

平成 年 月 日

【受講申込者の情報】

ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女	
介護支援専門員登録番号(8桁)				
自宅住所 連絡先	〒 -			
	TEL : - -	FAX : - -		
携帯番号	- -	※必ず記入		
パソコンメールアドレス	@ ※修了評価で使用、必ず記入			
基礎資格 (○で囲む)	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・はり・きゅう師 17.柔道整復師 18.栄養士 19.管理栄養士 20.精神保健福祉士 21.訪問介護員 22.その他()			
介護支援専門員 としての業務に 従事した職歴	勤務期間	事業所名	常勤・非常勤	専従・兼務(兼務内容)
	～		常・非	専・兼 ()
	～		常・非	専・兼 ()
	～		常・非	専・兼 ()
	※通算計 (計 年 ヶ月)	※常勤専従期間 (計 年 ヶ月)		

【所属の情報】

法人名			
事業所名			
	事業所番号 :		
所属長氏名		所属長役職	
事業所所在地 連絡先 (通知送付先)	〒 -		
	TEL : - -	FAX : - -	
常勤の介護支援 専門員数	人 (本人含む)	主任介護支援専門員	人
特定事業所加算 の届出	①届出済み (I ・ II ・ III) ②予定している (今年度中) ③予定していない		

介護支援専門員に係る研修の企画経歴書

開催年月日	研修名	実施主体	研修の目的・ねらい（具体的に）
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		
平成 年 月 日			
	※自身の役割：		

講師・ファシリテーター経歴書

※地域ケア会議のアドバイザーは要件を満たしません。

開催年月日	研修名	科目名	実施主体	内容（具体的に）
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				

研修参加履歴書

※原則、参加した研修の修了証明書又は研修参加が証明できるもの（氏名入りの受講者証や領収書など）の写しを添付すること。

※単なる研修会の資料の写しでは、研修受講したことは認められません。

	開催年月日	研修名	実施主体	内容（具体的に）
1	平成 年 月 日			
2	平成 年 月 日			
3	平成 年 月 日			
4	平成 年 月 日			
5	平成 年 月 日			
6	平成 年 月 日			
7	平成 年 月 日			
8	平成 年 月 日			

日本ケアマネジメント学会 演題発表経歴書

※発表したことや発表内容が分かる資料を添付すること。

開催年月日	発表演題名	内容（具体的に）
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		

市町村推薦書（現任者）

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
大分県介護支援専門員協会理事長 様

市町村長 印

下記の者は、平成 年 月 日から、地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属されており、**地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者**であることを証明します。

配属者	(氏 名)
配属されている 地域包括支援センター	(名 称)
	(所在地) 〒 —

市町村推薦書（配属予定者）

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
大分県介護支援専門員協会理事長 様

市町村長 _____ 印

下記の者は、平成 年 月 日から、地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属予定であり、**市町村や在宅介護支援センター、地域包括支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者**であることを証明します。

配属予定者	(氏 名)
配属予定である 地域包括支援センター	(名 称)
	(所在地) 〒 ー
地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有し、その業務に従事した期間及び内容	(基礎資格) (従事期間) 平成 年 月 ～ 平成 年 月 (従事内容)