

表紙 (令和 5 年度 主任)

※提出書類の留意事項 : ①本紙を表紙にする ② A 4 サイズに統一 ③クリップ留め

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)		該当欄	提出書類
表 紙	提出書類表紙 (様式 1) ※必須	必須	様式 1 (本紙)
申込書	受講申込書 (様式 2) ※必須	必須	様式 2
証明書	実務経験証明書 (様式 3) ※必須	必須	様式 3
登録証	介護支援専門員証コピー※必須	必須	専門員証 (コピー)
要件 (1)	研修の修了証書※必須 ※次の①及び②、又は③の該当欄に○を記入し、証書コピーを提出		
	研 修 修 了	①H18～R4「専門研修課程Ⅰ」を修了 (H15～H17年度の旧・基礎Ⅰ又はⅡでも可) ※修了証書コピーを添付、修了見込者は年度を記入	専門Ⅰ修了証書 (コピー) (見込) 年度
		②H18～R4年度「専門研修課程Ⅱ」を修了 ※修了証書コピーを添付、修了見込者は年度を記入	専門Ⅱ修了証書 (コピー) (見込) 年度
		③実務経験者に対する「介護支援専門員更新研修」を修了 (実務未経験者・再研修修了者は不可) ※修了証書コピーを添付、修了見込者は年度を記入	更新修了証書 (コピー) (見込) 年度
要件 (2)	実務経験などを証明する書類※必須 ※次の①～④の該当欄に○を記入し、書類を提出		
	実 務 経 験	①専任 (常勤専従) の介護支援専門員として従事した期間が通算して 5 年 (60ヶ月) 以上の者 (管理者との兼務は可)	様式 3
		②ケアマネジメントリーダー養成研修修了者で、専任 (常勤専従) の介護支援専門員として従事した期間が通算して 3 年 (36ヶ月) 以上の者 (管理者との兼務は可) ※修了証書コピーを添付	修了証書 (コピー)
		日本ケアマネジメント学会「認定ケアマネジャー」であって専任 (常勤専従) の介護支援専門員として従事した期間が通算して 3 年 (36ヶ月) 以上の者 (管理者との兼務は可) ※取得証明書コピーを添付	取得証明書 (コピー)
		③施行規則140条の66第2号ハに規定する主任介護支援専門員に準ずる者として現に地域包括支援センターに配置されている者	様式 4
	④次の要件のいずれかに該当し、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) 専任兼任を問わず介護支援専門員として実務に従事した期間が通算 5 年以上ありかつ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 回以上及び 10 時間以上参加した者。	様式 5	
(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、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 (以下のいずれかの実務経験を有するもの) (a) 専任兼任を問わず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 年以上 (b) 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・支援等の業務に通算 5 年以上従事した経験者 (専任兼任を問わず介護支援専門員実務期間も含む)	様式 6		
受講希望の日程 : 第一希望 () 組 ・ 第二希望 () 組			

令和 5 年度 大分県主任介護支援専門員研修 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

令和 年 月 日

【受講申込者の情報】

ふりがな				
氏名				
生年月日	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 : -
携帯電話	-			※必ず記入
パソコンメールアドレス	@			※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・施設名	常勤・非常勤	専従・兼務 (兼務の場合は どちらかに○)
	～		常・非	専・兼 (管理者 管理者以外)
	～		常・非	専・兼 (管理者 管理者以外)
	～		常・非	専・兼 (管理者 管理者以外)
	※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 (受講票送付先)	〒 -		
	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 届出の予定	①届出済み (I・II・III・IV) ②予定している (今年度中) ③予定していない		

実務経験証明書

(令和5年度 大分県主任介護支援専門員研修)

令和 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 宛

証明者の所在地 _____

証明者の名称 _____

(電話番号 _____ - _____ 番号 _____)

代表者氏名 _____ 印 _____

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

ふりがな				
氏名				
生年月日	年	月	日	性別
介護支援専門員 登録番号(8桁)				男・女
住所	〒 _____ - _____			
法人名				
事業所名				
事業所所在地	〒 _____ - _____			
専任(常勤専従) 従事期間	期間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) 通算 (_____ 年 _____ ヶ月) <small>※介護支援専門員としての業務に常勤専従している期間及び常勤であって当該事業所の管理者を兼務している期間(ただし、開催要項9.受講対象者(2)④に該当する者は、専任兼任にかかわらず、介護支援専門員として従事した期間を記載する)</small>			
備考				

(注1) この証明書は、必ず所属長等の証明権限を有する人が記入してください。

(注2) 設置者が異なる複数の事業所等での従事期間を通算するため、複数の証明が必要な場合は、本様式をコピーして使用すること。

(注3) 実務年数の算定にあたっては、次の点について留意すること。

- ①要介護認定のための調査業務のみを行っていた期間や利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行っていた等の、サービス計画書の作成を行っていなかった期間は対象にならない。
- ②受講申し込み時点で算定すること。
- ③端数の日数は30日を1カ月とし、30日未満は切り捨てること。
- ④病気休業、育児休業等による休職期間は除くこと。
- ⑤介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を削除する旨の規程が定められています。

地域包括支援センター実務従事証明書 (令和5年度 大分県主任介護支援専門員研修)

令和 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 宛

市町村長 印

次の者は、現に主任介護支援専門員に**準ずる者**として地域包括支援センターに勤務し、主任介護支援専門員にふさわしい者であることを証明します。

氏 名	
勤務先の 地域包括支援センター	(名 称)
	(所在地) 〒 —

※主任介護支援専門員に準ずる者とは…

「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者

（平成18年10月18日付け老計発第1018001号・老振発第1018001号・老老発第1018001号「地域包括支援センターの設置運営について（通知）」の「6 職員の配置等（1）センターの人員」参照）

令和5年度 大分県主任介護支援専門員研修 研修受講履歴書

※原則、参加した研修の受講証明書又は研修受講が証明できるもの（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とは認められません。

※法人内（事業所内）の研修等や行政説明会、少人数での学習会、地域ケア会議等は不可。

※地域包括支援センターの開催する研修への同一法人職員の受講は2回までしか認められません。

※過去3か年度のうちいずれかの「年度（4月～3月）に4回以上」が条件。

※4回以上の研修の合計時間が10時間以上が条件。

※1回の研修時間は最短でも1時間30分～2時間以上のものを想定。

1	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修内容			
		研修名	時間	受講者数	約 名
1	年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名
2	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名
3	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名
4	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名
5	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名
6	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名
7	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約 名

市町村推薦書
(令和 5 年度 大分県主任介護支援専門員研修)

令和 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 宛

市町村長 印

下記の者は、令和 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、**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) 〒 —
要 件 〔 (a) (b) のいずれ か該当する要件に ○印を記入 〕	(a) 専任兼任を問わず介護支援専門員として通算 5 年以上実務に従事した経験がある。 (b) 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 に通算 5 年以上従事した経験者（専任兼任を問わず介護支援専門員実務期間も含む）