

令和7年度高知県主任介護支援専門員研修 受講申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ								生年月日	昭和・平成 年 月 日 ()歳
受講申込者 氏 名								性 別	男 ・ 女
介護支援専門員 登録番号								介護支援専門員証 有効期間満了日	年 月 日
申込者住所	〒(—)							電話番号	※昼間連絡可能なものを記載 [自宅 ・ 携帯 ・ 職場] () —
メールアドレス	※オンライン、緊急時のお知らせなどの連絡用								
実務研修 受講試験時 の基礎資格	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 視能訓練士 ・ 義肢装具士 ・ 歯科衛生士 言語聴覚士 ・ あん摩マッサージ指圧師 ・ はり師 ・ きゅう師 ・ 柔道整復師 ・ 栄養士 管理栄養士 ・ 精神保健福祉士 ・ その他()								

専門研修課程Ⅰ及びⅡの修了年度及び修了研修名

修了した研修の名称		修了した年度
専門研修課程Ⅰ		年度
専門研修課程Ⅱ		年度

※本研修受講にあたっては、専門研修課程Ⅰ及びⅡを修了している必要があります。

※研修修了証明書の写しを添付してください。(複数受講している場合は1枚で可)

所属事業所名			
管理者の 職・氏名			
所属事業所の 連絡先住所等	〒(—) 電話番号(—) FAX番号(—)		
所属事業所の介護支援 専門員業務従事者数	名 (うち主任介護支援専門員 名)		

備考欄

受講申込者の状況等

1 介護支援専門員に関する職歴（記入欄が不足する場合は、別の用紙に同じ項目を記入し添付ください）

勤務した期間		勤 務 先	専任・兼務 の別	兼務した 職 名 等
年 月 日 ～ 年 月 日	年 か月 日		専任 兼務	
年 月 日 ～ 年 月 日	年 か月 日		専任 兼務	
年 月 日 ～ 年 月 日	年 か月 日		専任 兼務	
年 月 日 ～ 年 月 日	年 か月 日		専任 兼務	
年 月 日 ～ 年 月 日	年 か月 日		専任 兼務	
合 計		年 か月 日 （うち専任期間	年 か月 日）	

※「業務従事証明書」を受講に必要な期間分以上を添付ください。（用紙が不足する場合はコピーして使用ください。）

※介護支援専門員としての職歴をすべて記入してください。

※施設・事業者等が発行する「業務従事証明書」を添付している期間は、それを基に記入してください。

※居宅介護支援事業所の管理者との兼務期間は専任期間として算定し、合計欄に記入してください。

2 認定ケアマネ資格

資格の種類	認定年月日	登録番号等
日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネージャー	年 月 日	認定番号（ ） 会員番号（ ）

※日本ケアマネジメント学会認定ケアマネージャー認定証の写しを添付ください。

3 該当研修の受講履歴

研修の名称	受講年度	備考
ケアマネジメントリーダー養成研修	年度	
地域包括ケアマネジメントリーダー養成研修	年度	

※該当する研修の修了証明書の写しを添付ください。

4 地域包括支援センターにおける配置

介護保険法施行規則第 140 条の 66 第 1 号のイ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か	☐ 現に配置されている
--	------------------------------------

※現に配置されていることを証明する書類を添付ください。

5 介護支援専門員研修等における講師・指導経験

研修名・事業名	主催者	講義内容（課目等）	研修・事業での役割（該当に○印を記入）
			・講師 ・助言者 ・その他（ ）

※講師・指導経験の内容が詳らかにわかる書類を添付ください。

受講目的（受講申込者本人が記入のこと）	※以下の「評価の視点」により評価し、受講者を決定します。
「評価の視点」 ①それぞれの地域内あるいは事業所内でのケアマネジメントの課題について述べているか。 ②①に対する解決策について述べているか。 ③主任介護支援専門員としての役割について述べているか。 ④所属事業所から期待されている役割を含め、主任介護支援専門員の役割を担うにあたり、自らの課題を明確にし、どのような能力を習得しないといけないのかについて述べているか。	
事業所が主任介護支援専門員に求める役割や期待について（所属長が記入のこと）	
※受講者が事業所の長の場合は、法人内の上司にあたる方に記載してもらってください。（該当する方が居ない場合は、その旨を記入ください。）	
記入者の職・氏名	