

主任介護支援専門員研修 受講申込書

(平成 年 月 日記載)

(ふりがな)		捺印してください		
氏名		①	性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
自宅住所	〒 -			
勤務先名				
勤務先住所	〒 -			
事業所種別 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ( )			
連絡先 (書類不備等のお問合せの際、日中に連絡の取れる番号に☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 自宅 - - <input type="checkbox"/> 携帯電話 - - <input type="checkbox"/> 勤務先 - -			
介護支援専門員登録番号 及び登録地				【登録都道府県名】
受講資格	必須	介護支援専門員専門研修課程Ⅰ(更新研修A前期)を修了		
		介護支援専門員専門研修課程Ⅱ(更新研修A後期)を修了		
	①～④のいずれかに○を入れてください		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)以上である者(ただし、指定居宅介護支援事業所管理者との兼務は期間として算定できる)	
			②『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養成研修を修了した者または、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か月)以上である者(ただし指定居宅介護支援事業所管理者との兼務は期間として算定できる。)	
			③「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に兵庫県内の地域包括支援センターに配置されている者	
	④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であり、都道府県が適当と認めるもの			
当協会会員の有無	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員			

申込みコース (A又はBとご記入ください。)	コース
---------------------------	-----

下記は受講要件に係る項目です。【 はい ・ いいえ 】のいずれかを○で囲んでください。

申し込み時点において、上記事業所にて介護支援専門員として勤務している。【 はい ・ いいえ 】

※必要な書類の添付がない場合や記載内容に不備がある場合は、受付できない場合がありますので、再度ご確認の上、お申込みください。

(各コース、定員になり次第、申し込みを締め切らせていただきます。)