

申込締切日	Aコース	平成25年7月26日(金)必着
	B・Cコース	平成25年11月22日(金)必着

平成25年度主任介護支援専門員研修 受講申込書

1. 申込事業所(現在、勤務していない方は、事業所名は「なし」、所在地には現住所、電話番号、FAX番号をご記入ください。)

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号	(自宅・事業所・携帯)	FAX番号	
事業所種別 (いずれかの番号を○)	1. 居宅介護支援事業所	2. 地域包括支援センター	3. その他

※ 電話番号には自宅・事業所・携帯のいずれかに○をつけ、昼間連絡が取れる番号をご記入ください。

2. 参加希望者

*下の枠内はすべてご記入ください。

氏名	(フリガナ)	介護支援専門員登録番号 ※(ア)								
		登録 県								
		生 年 月 日	年		月		日			
		専任の介護支援専門員実務経験※(イ)	年		ヶ月					
① 平成15～17年度 介護支援専門員現任研修 (一般課程Ⅰ又はⅡ)修了状況		平成15～17年度に左記研修を修了した場合 平成18年度以降の専門研修課程Ⅰを受講 したものとみなされます。					未 受 講 ・ 平成 年 修了			
② 平成18年度以降の専門研修課程Ⅰ ※上記①の修了者は、受講不要		受 講 済 ・ 受 講 不 要								
③平成18年度以降の専門研修課程Ⅱ		受 講 済 ・ 今 年 度 受 講 予 定 (B・Cコースのみ)								
受講条件該当区分(いずれかの番号を○) *開催要項を参照 *リーダー研修修了者は修了年度を記入 認定ケアマネジャーは○で囲む		i 専任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 ii ケアマネジメントリーダー養成研修修了者または認定ケアマネジャーの方は、 専任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 (平成____年度ケアマネジメントリーダー養成研修修了 認定ケアマネジャー) iii 主任介護支援専門員に準じる者として、現に兵庫県内の地域包括支援 センターに勤務								
受講申込コース(いずれかに○)		① Aコース			② B・Cコース					
6日目から11日目まで(②B・Cコースの場合) (Bコース、Cコースいずれかを記入)		第1希望 コース			第2希望 コース					

- * 更新研修A(前期)は専門研修課程Ⅰ、更新研修A(後期)は専門課程研修Ⅱと同内容のため、それぞれの更新研修修了をもって該当する専門研修の修了とみなすことができます。
- * ①の平成15～17年度に現任研修を修了された方は、専門研修課程Ⅰ(更新研修A(前期))を受講したものとみなされます。なお、14年度以前の研修は免除対象外となりますので、未受講に○を入れてください。
- * ①～③のうち受講済である場合、当該研修の修了証明書の写しを必ず、申込書に添付してください。
- * ③が受講予定の方は、受講決定通知の写しを必ず、添付してください(B・Cコース申し込みの場合のみ)
- * ケアマネジメントリーダー養成研修もしくは認定ケアマネジャーの研修を修了されている方は、修了証明書の写しを申込書に添付してください。
- * 現在、兵庫県内の地域包括支援センターに『主任介護支援専門員に準じる者』として配置されている方は、ケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、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に限ります。
- * 県外で各研修を受講された方も必ず、記載してください。(修了状況がご不明の場合、研修実施機関等に確認してください。)

【留意事項】

- ※ (ア)兵庫県で介護支援専門員の初回登録をした方は、28 から始まる8桁の介護支援専門員登録番号をご記入ください。
- ※ (イ)「専任の介護支援専門員の実務経験」は、Aコースは平成25年9月6日、B・Cコースは平成26年1月8日で算定してください。
- ※ (ウ)希望するコースは開催要領をよくお確かめのうえ、ご記入ください。なお、受講申込者数によってはご希望にお応えできない場合がありますので、ご了承ください。