別紙１－１　受講要件（３）①・②専任期間５年・３年以上の者用

令和５年度　三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

* 該当する対象区分に○をつけてください。

※介護支援専門員専門研修課程Ⅰ（免除者有り）・専門研修課程Ⅱを修了していることが必要です。

※専任期間の通算期間の算定は令和５年１１月末までとします。

※詳しくは受講案内を参照してください。

（　　）１　専任の介護支援専門員として従事した期間が通算５年（６０か月）以上である者

（　　）２　ケアマネジメントリーダー、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の介護支援専門員として従事した期間が通算３年（３６か月）以上である者

１　申込者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 昭・平　　　　年　　　月　　日 |
| 本人連絡先 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | | | | | | |
| 所属事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 実務研修受講時の資格要件 | 社会福祉士・介護福祉士・看護師  准看護師・薬剤師・医師・歯科医師  その他（　　　　　　　　　　　　） |

２　介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門研修  課程Ⅰ | 免除（H15～H17基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了）  受講済［平成・令和　　　年度受講］ | 専門研修  課程Ⅱ | 受講済［平成・令和　　　　年度受講］ |

３　資格（受講要件②のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格の種類 | 修了・認定年月日 | 備　考 |
| ケアマネジメントリーダー養成研修 | 年　　月　　日 |  |
| 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー | 年　　月　　日 | 認定番号  会員番号 |

※ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写しを添付してください。

※日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写しを添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面へ続く

４　介護支援専門員としての経歴（自己申告）

・介護支援専門員登録後の介護支援専門員としての職歴を記入し、専任・兼務に○をしてください。

・指定居宅介護支援事業所管理者との兼務期間は専任期間に含めてください。

・介護支援専門員と他の業務を兼務の場合は、兼務業務を余白へ記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設及び事業所名 | 勤務期間（　　年　　月） |  |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
| 勤務期間計  　（内通算専任期間） | 年　　か月　 （内専任期間の計　　　　　年　　　　　か月） | |

※端数の日数は３０日を１か月として計算してください。

※「専任」は常勤専従のことであり、他の事業所との兼務、当該事業所・施設の管理者以外の職種を兼務し

ていた期間は「兼務」としてください。

※法人、事業所代表者による「介護支援専門員業務専任期間証明書」（別紙）を添付してください。

受講者と代表者が同一の場合は、「事業所申請」の写しとその際添付した「介護支援専門員一覧」を添付してください。

５　受講申込

　・オンライン研修での受講となりますので、希望コースの順に第１希望は「１」を、第２希望は「２」、第３希望は「３」を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| コース記号 | 希望順 |
| １ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |
| ２ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |
| ３ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |

※いずれかのコースに希望者が偏った場合は、受講要件や申込時期等を考慮して決定します。

※演習でのグループ編成を考慮し、コース決定する場合がありますのでご理解ください。

※第１希望のみの記入の場合は、そのコースの定員を超えた場合、ご受講いただけないことがあります。

※参加できないコースは希望順を記載しないでください

※申込者数によって、設定コースを減らす場合があります

ので、予めご了承ください。

６　今年度受講申込する理由（例：新規に居宅介護支援事業所を開設するため。）

|  |
| --- |
|  |

７　申込申告内容に対しての確約及び個人情報の取り扱いへの同意

　私は、令和５年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修申込をいたします。

上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

**氏名（自署）**

|  |
| --- |
| 申し込み〆切　**令和５年１０月６日(金)　１７時【必着】**  申込先：郵送してください。  〒５１４－８５７０　津市広明町１３番地  　　　　三重県医療保健部　長寿介護課　居宅サービス・介護人材班  主任介護支援専門員研修担当 |

別紙１－２受講要件（３）③

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配属されている職員用

令和５年度　三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

◎　現在、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ている方（勤務が決まっている方）が対象です。

※介護支援専門員専門研修課程Ⅰ（免除者有り）・専門研修課程Ⅱを修了していることが必要です。

※専任期間の通算期間の算定は令和５年１１月末までとします。

※詳しくは受講案内を参照してください。

１　申込者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 昭・平　　　　年　　　月　　日 |
| 本人連絡先 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | | | | | | |
| 所属事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 実務研修受講時の資格要件 | 社会福祉士・介護福祉士・看護師  准看護師・薬剤師・医師・歯科医師  その他（　　　　　　　　　　　　） |

２　介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門研修  課程Ⅰ | 免除（H15～H17基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了）  受講済［平成・令和　　年度受講］ | 専門研修  課程Ⅱ | 受講済［平成・令和　　　年度受講］ |

３　資格

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格の種類 | 修了年月日 | 備　考 |
| ケアマネジメントリーダー養成研修 | H・R　　年　　月　　日 |  |

※ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写しを添付してください。

　　　　　　　　　　裏面へ続く

４　介護支援専門員としての経歴（自己申告）

・介護支援専門員登録後の介護支援専門員としての職歴を記入し、専任・兼務に○をしてください。

・指定居宅介護支援事業所管理者との兼務期間は専任期間に含めてください。

・介護支援専門員と他の業務を兼務の場合は、兼務業務を余白へ記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設及び事業所名 | 勤務期間（　　年　　月） |  |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
| 勤務期間計  　（内通算専任期間） | 年　　か月　 （内専任期間の計　　　　　年　　　　　か月） | |

※端数の日数は３０日を１か月として計算してください。

※「専任」は常勤専従のことであり、他の事業所との兼務、当該事業所・施設の管理者以外の職種を兼務し

ていた期間は「兼務」としてください。

※法人、事業所代表者による「介護支援専門員業務専任期間証明書」（別紙）を添付してください。

受講者と代表者が同一の場合は、「事業所申請」の写しとその際添付した「介護支援専門員一覧」を添付してください。

５　受講申込

・オンライン研修での受講となりますので、希望コースの順に第１希望は「１」を、第２希望は「２」を、第３希望は「３」を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| コース記号 | 希望順 |
| １ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |
| ２ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |
| ３ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |

※いずれかのコースに希望者が偏った場合は、受講要件や申込時期等を考慮して決定します。

※演習でのグループ編成を考慮し、コース決定する場合がありますのでご理解ください。

※第１希望のみの記入の場合は、そのコースの定員を超えた場合、ご受講いただけないことがあります。

※参加できないコースは希望順を記載しないでください。

※申込者数によって、設定コースを減らす場合があります

ので、予めご了承ください。

６　今年度受講申込する理由（例：新規に居宅介護支援事業所を開設するため。）

|  |
| --- |
|  |

７　申込申告内容に対しての確約及び個人情報の取り扱いへの同意

　私は、令和５年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修申込をいたします。

上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

**氏名（自署）**

|  |
| --- |
| 申し込み〆切　**令和５年１０月６日(金)　１７時【必着】**  申込先：郵送してください。  〒５１４－８５７０　津市広明町１３番地  　　　　三重県医療保健部　長寿介護課　居宅サービス・介護人材班  主任介護支援専門員研修担当 |

別紙１－３　受講要件（３）④

地域包括支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している職員用

令和５年度　三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

※地域包括支援センターで、常勤の介護支援専門員として包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務

している期間は、専任期間に算定できます。

※専門研修課程Ⅰ（免除者有り）、専門研修課程Ⅱを修了していることが必要です。

※従事期間の通算期間の算定は令和５年１１月末までとします。

※詳しくは受講案内を参照してください。

１．申込者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 昭・平　　　年　　　月　　日 |
| 本人連絡先 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯 | | | | | | | | | |
| 所属事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 〒  ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 実務研修受講時の資格要件 | 社会福祉士・介護福祉士・看護師  准看護師・薬剤師・医師・歯科医師  その他（　　　　　　　　　　　　） |

２　介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門研修  課程Ⅰ | 免除（H15～H17基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了）  受講済［平成・令和　　　年度受講］ | 専門研修  課程Ⅱ | 受講済［平成・令和　　　年度受講］ |

裏面へ続く

３　介護支援専門員の経歴　（自己申告）

※介護支援専門員登録後の介護支援専門員としての職歴を記入し、専任・兼務に○をしてください。

※指定居宅介護支援事業所管理者との兼務期間は専任期間に含めてください。

※地域包括支援センターで、常勤の介護支援専門員として包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している期間は専任期間に含めてください。

※介護支援専門員と他の業務を兼務の場合は、兼務業務を余白へ記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設及び事業所名 | 勤務期間（　　年　　月） |  |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
|  | H･R　 　年 　　月　～ H･R 　　年　 　月（　　　年　　か月） | 専任・兼務 |
| 勤務期間計  （内、専任期間計） | 年　　か月　 （内、専任期間の計　　　　　年　　　　　か月） | |

※端数の日数は３０日を１か月として計算してください。

※「専任」は常勤専従のことであり、他の事業所との兼務、当該事業所・施設の管理者以外の職種を兼務していた期間は「兼務」としてください。

※法人、事業所代表者による「介護支援専門員業務専任期間証明書」（別紙）を添付してください。

受講者と代表者が同一の場合は、「事業所申請」の写しとその際添付した「介護支援専門員一覧」を添付してください。

４　受講申込

・オンライン研修での受講となりますので、希望コースの順に第１希望は「１」を、第２希望は「２」を、第３希望は「３」を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| コース記号 | 希望順 |
| １ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |
| ２ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |
| ３ｺｰｽ(ｵﾝﾗｲﾝ研修) |  |

※いずれかのコースに希望者が偏った場合は、受講要件や申込時期等を考慮して決定します。

※演習でのグループ編成を考慮し、コース決定する場合がありますのでご理解ください。

※第１希望のみの記入の場合は、そのコースの定員を超えた場合、ご受講いただけないことがあります。

※参加できないコースは希望順を記載しないでください。

※申込者数によって、設定コースを減らす場合があります

ので、予めご了承ください。

５　今年度受講申込する理由（例：新規に居宅介護支援事業所を開設するため。）

|  |
| --- |
|  |

６　申込申告内容に対しての確約及び個人情報の取り扱いへの同意

　私は、令和５年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修申込をいたします。

上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

**氏名（自署）**

|  |
| --- |
| 申し込み〆切　**令和５年１０月６日(金)　１７時【必着】**  申込先：郵送してください。  〒５１４－８５７０　津市広明町１３番地  　　　　三重県医療保健部　長寿介護課　居宅サービス・介護人材班  主任介護支援専門員研修担当 |

別紙２

主任介護支援専門員研修レポート

受講者氏名

　　　　　　　介護支援専門員証登録番号

所属（事業所）

|  |
| --- |
| １　現在、あなたの職場、地域の中で介護支援専門員の課題(問題)となっている点はどのようなことでしょうか。具体的に記載してください。 |
| ２　上記の課題の解決のために現在取り組んでいること、地域の介護支援専門員の活動に対する支援として取り組んでいること、また今後取り組んでいきたいことについて具体的に記載してください。 |

別紙３

　介護支援専門員業務専任期間証明書

　（別紙１－１、１－３対象者用）

三重県医療保健部長寿介護課長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人または施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の名称　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　）

下記の者に係る介護支援専門員としての従事期間を下記の通り証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 主任介護支援専門員研修  受講予定者名 |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 生年月日 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 専任従事期間 | Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日～Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日  　（　　　　　年　　　　か月　　　　日　） |

　注）１　専任従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従している期間です。

ただし、指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している期間、及び地域包括

支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している期間を含みま

す。

２　専任従事期間が１事業所で不足する場合は、本様式をコピーの上、各事業所で

証明いただいてください。

３　証明者と受講予定者が同一の場合は、「事業所申請」の写しとその際添付した

「介護支援専門員一覧」を添付してください。