（ 別紙　様式 １ ）　　　　　　　　　　　　　　　「施設・事業所用（専任の介護支援専門員）」

令和元年度　滋賀県主任介護支援専門員研修受講申込書

　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

滋賀県社会福祉協議会宛て

（施設・事業所名）

　　（管理者の役職名・氏名） 　 　　　　 印

　次の者は、現在、介護支援専門員としての業務に従事し、下記の受講要件を満たしているので、主任介護支援専門員研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | | |  | | | | | | |
| 施設・事業所  所在地 | | | 〒  TEL： | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | |
| 介護支援専門員証登録番号 | | | | | | | | | 有効期間満了日 |
|  |  |  | |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |
| 専門課程Ⅱの修了状況  受講した都道府県名（　　　　 　　　）  受 講 年 度（平成　　 年度修了 ・ 見 込 ）  修了証書の番号（　　　　　 　　　 　） | | | | | | | | | |
| 受講要件（下記から該当するもの１つに○印をつけてください。）  (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５年(60ヶ月)以上  (2)ケアマネジメントリーダー養成研修修了＋専任(常勤専従)の介護支援専門員としての従事期間が３年(36ヶ月)以上  (3)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＋専任(常勤専従)の介護支援専門員として従事した期間が３年(36ヶ月)以上 | | | | | | | | | |

（添付書類）

(1)に該当する方は、通算５年間の「専任の介護支援専門員として従事した期間にかかる証明書」（別紙　様式４）を添付して下さい。

(2)に該当する方は、ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証書の写し(コピー)とともに、通算３年間の「専任の介護支援専門員として従事した

期間にかかる証明書」（別紙　様式４）を添付して下さい。

(3)に該当する方は、認定ケアマネジャーの認定証の写し（コピー）とともに、通算３年間の「専任の介護支援専門員として従事した期間にかかる

証明書」（別紙　様式４）を添付して下さい。

※(1)～(3)のいずれに該当する方であっても、２つ以上の施設・事業所の従事期間の合算により、通算5年間（もしくは３年間）になる場合は、複数の証明書が必要となります。

※直近の居宅・介護サービス計画書(1)(2)(3)表の写しまたは介護予防サービス・支援計画書の写しをあわせて提出ください。