（ 別紙　様式 ２ ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　「地域包括支援センター用」

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

 （市町長名） 印

（地域包括支援センターの名称）

 次の者は、主任介護支援専門員に準ずる者(介護保険法施行規則第140条の66第1号イ(3))として当地域包括支援センターに、現に配置されている者であり、主任介護支援専門員研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 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（　　　　　 　　　 　　　　　　　） |
| ② | 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（　　　　　 　　　 　　　　　　　） |

※ 印鑑は、必ず「公印」を使用して下さい。

※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

写しを申込書とあわせて提出ください。

※ この申込書には、従事期間証明書の添付は不要です。