（ 別紙　様式 ３ ）　　　　　　　　　　　　　　　「兼任または包括在籍＋講師実績のある者用」

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

（施設・事業所名）

（管理者の役職名・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次の者は、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、下記の受講要件を満たす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。下記要件＋講師実績が必要です。）  (1)兼任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＋兼任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  (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＋兼任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  (4)地域包括支援センターに配置される等特別な事情があり、かつ必要な知識と経験を持つと市町が認める者 | | | | | | | | | | |
| 県が主催する介護支援専門員に関する研修等の講師を務めた実績 | | | | | | | | | | |
| 開催年度 | | | 研修実施機関 | | | | 研　修　名 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |

(1)に該当する方は、通算５年間の「兼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５）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「兼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５）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「兼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５）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。

(4)に該当する方は、市町の証明書（様式任意）を添付してください。

※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あわせて提出ください。