令和３年度　滋賀県主任介護支援専門員研修受講申込書

（様式１）　　　　　　　　受講要件（１）（２）／施設・事業所用（専任の介護支援専門員）

 　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

（社）滋賀県社会福祉協議会　様

（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 | （施設・事業所名）　　　　　　□ 居宅介護支援事業所である（該当する場合はチェック） |
| （所在地）〒　　　TEL： |
| 受講生  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| （氏名）　 |
| （住所）〒　　　TEL： |
| 介護支援専門員証登録番号 | 有効期間満了日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 平成　　年　　月　　日 |
| 専門課程Ⅱの修了状況 |
| 受講した都道府県名 |  | 修了年度 | 　　 年度  | 修了証書の番号 |  |
| 従事期間等の受講要件　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)-1 ケアマネジメントリーダー養成研修修了かつ、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 |
|  | (2)-2 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かつ、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 |
| 管理者としての従事予定について、いずれかに☑をお願いします |
| □　現在管理者として従事しているが、主任介護支援専門員の資格を有していない □　管理者として令和４年4月以降に従事することが決まっている（　　　年　　月頃）□　管理者として従事する予定はない |

※添付書類は裏面で確認してください。

（添付書類）

〇　介護支援専門員証の写し

〇　従事期間等の受講要件において、

(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」

（様式４）を添付して下さい。

(2)-1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」

（様式４）を添付して下さい。

(2)-2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」（様式４）

を添付して下さい。

※(1)、(2)-1、(2)-2のいずれかに該当する方であって、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。

〇　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。