（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講要件（３）／地域包括支援センター用

令和３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

（社）滋賀県社会福祉協議会　様

 （市町長名）　 公印

（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 地域包括支援センター | （地域包括支援センターの名称）　　　 |
| （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 | 平成　　 　年度 修了 |
| 修了証書の番号 | 　 |

（添付書類）

○　介護支援専門員証の写し

○　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　　　（※ この申込書には、従事期間証明書の添付は不要です。）