

申込日 平成29年 月 日

法人等団体名			
代表者 職・氏名			
事業所名			
事業所 所在地	〒		
担当者名			
連絡先	電話番号 ()	FAX ()	

※ 下記のものについて、平成29年度の主任介護支援専門員研修の受講を申し込みます。

【受講申込者に関する記入欄】

氏名	(ふりがな)			印	申込順位 () 位
生年月日	昭和 年 月 日 生 (歳)				
介護支援 専門員の 登録番号 (8桁) 及び 有効期間					
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
介護支援専門員 としての 従事期間 (古い順に記入 してください)	勤務形態	事業所番号	事業所名	従事期間	
	専任(常勤専従) ・兼務(常勤)			平成 年 月 日~平成 年 月 日	
	専任(常勤専従) ・兼務(常勤)			平成 年 月 日~平成 年 月 日	
	専任(常勤専従) ・兼務(常勤)			平成 年 月 日~平成 年 月 日	
	専任(常勤専従) ・兼務(常勤)			平成 年 月 日~平成 年 月 日	
	専任(常勤専従) ・兼務(常勤)			平成 年 月 日~平成 年 月 日	
	計 年 月 (従事期間は、受講要件を満たす期間についてご記入下さい)				
添付書類 チェックリスト	全員が提出する書類		☐ 研修申込書(別紙3) ☐ 居宅(施設)介護サービス計画書1~3又は、介護予防サービス支援計画表 ☐ 介護支援専門員証の写し ☐ ※次のいずれかの研修の修了証明書の写し(受講中の場合は、受講決定通知書) ☐ 平成18年度以降に実施した専門研修課程Ⅰ及びⅡ ☐ 平成20年度以降に実施した実務経験者に対する介護支援専門員更新研修		
	該当する受講 要件に○	別紙1の1 ・ 別紙1の4 ・ 別紙1の5	☐ 実務経験証明書(別紙5) ☐ 別紙5に記載した従事期間及び勤務形態を証明する書類(写し) 指定申請書又は変更届出書及び勤務形態一覧表(採用、変更、退職等の月)と直近の勤務形態一覧表 ※申込者以外の職員に関する記載は黒く塗りつぶすこと。		
		別紙1の2	☐ 実務経験証明書(別紙5) ☐ 別紙5に記載した従事期間及び勤務形態を証明する書類(写し) 指定申請書又は変更届出書及び勤務形態一覧表(採用、変更、退職等の月)と直近の勤務形態一覧表 ※申込者以外の職員に関する記載は黒く塗りつぶすこと。		
		別紙1の3	☐ 次(の)いずれかの研修の修了証明書の写し ☐ ケアマネジメントリーダー養成研修を修了の場合は、その修了証明書の写し ☐ 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネージャーの場合は、その認定書の写し		
		別紙1の6	☐ 市町村長受講推薦書(別紙6) (別紙1の5の期間を通算する場合) ☐ 実務経験証明書(別紙5) ☐ 別紙5に記載した従事期間及び勤務形態を証明する書類(写し) 指定申請書又は変更届出書及び勤務形態一覧表(採用、変更、退職等の月)と直近の勤務形態一覧表 ※申込者以外の職員に関する記載は黒く塗りつぶすこと。		

【注意事項】

※申込が2名以上の場合、受講申込氏名欄に必ず申込順位を記載ください。

※本申込書に記載された内容につきましては、個人情報保護条例等の規定により適正な管理を行い、
本研修の実施に関する業務以外には使用しません。