

## 令和8年度高知県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ								生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
受講申込者 氏名								性別	男・女
介護支援専門員 登録番号								介護支援専門員証 有効期間満了日	年 月 日
申込者住所	〒(      -      )							電話番号	※昼間連絡可能なものを記載 [ 自宅・携帯・職場 ] (      ) -
実務研修 受講試験時 の基礎資格	医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士 作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士 言語聴覚士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師・栄養士 管理栄養士・精神保健福祉士・その他(      )								
所属事業所名									
所属事業所の 所在地等	〒(      -      ) 電話番号(      -      -      ) FAX番号(      -      -      )								
※研修受講にあたっては、主任介護支援専門員としての過去3年 以内の指導実践事例の提出が必須であることを承知しています。								<input type="checkbox"/> 承知された方は口にチェックを 入れてください。	

## 受講申込者の状況等

## 1 主任資格の有効期間と修了証明書について、次に記入の上、添付書類を添付してください。

主任介護支援専門員研修 修了年月日 又は 主任介護支援専門員更新研修 修了年月日	令和 年 月 日 *直近年度分を記入してください。
主任介護支援専門員資格の有効期間満了日	令和 年 月 日

※修了証明書の写しを添付してください。

**2 次のいずれか該当するものに、記入のうえ、添付書類を添付して申し込みください。**

(別添『高知県主任介護支援専門員更新研修』の受講の要件)を参照ください。

**(1) 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある**

	研修名	実施日	主催者
1			
2			

※講師・ファシリテーターの依頼文書(写)を添付してください。(依頼文書が無い場合は、様式1「講師・ファシリテーター等実施状況申告書」を作成して添付してください。)

その際、研修の内容が分かるもの等を併せて添付していただきますようお願いします。

**(2) 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した**

(記入欄が不足する場合、別の用紙に同じ項目を記入し、添付してください。)

	研修名	実施日	主催者
1			
2			
3			
4			
5			

※研修修了証明書の写し、または研修開催要項・研修資料等、参加した研修内容がわかる書類の写しを添付してください。(研修内容がわかる書類が無い場合は、様式2「研修修了状況申告書」を添付してください。)

**(3) 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある**

	研究大会名	演題	発表日
1			

※発表抄録集(写し)を添付してください。

**(4) 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である**

資格の種類	認定年月日	登録番号等
日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネジャー	平成 年 月 日	認定番号 ( ) 会員番号 ( )

※日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写しを添付してください。

**(5) 地域包括支援センターで主任介護支援専門員として業務に従事している方で、主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有していると認められる者である**

該当する場合は□にチェックを入れてください →

※様式3「主任介護支援専門員更新研修受講推薦書」を添付してください。