

受講要件

(3) ①専任期間5年以上

(3) ②ケアマネジメント養成研修修了又は認定ケアマネジャーであり、専任期間3年以上の者用

令和6年度 三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 年 月 日

◎ 該当する対象区分に○をつけてください。

※介護支援専門員専門研修課程Ⅰ（免除者有り）・専門研修課程Ⅱを修了していることが必要です。

※専任期間の通算期間の算定は、令和6年10月末までとします。

※詳しくは受講案内を参照してください。

() 1 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算5年（60か月）以上である者

() 2 ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は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って専任の介護支援専門員として従事した期間が通算3年（36か月）以上である者

1 申込者

フリガナ			生 年 月 日	
氏 名			昭・平 年 月 日	
本人連絡先	〒		TEL 携帯	
所属事業所名				
事業所連絡先	〒		TEL FAX	
介護支援専門員 登録番号			実務研修受 講試験時の 資格要件	社会福祉士・介護福祉士・看護師 准看護師・薬剤師・医師・歯科医師 その他（ ）

2 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

専門研修 課程Ⅰ	免除（H15～H17 基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了） 受講済 [平成・令和 年度受講]	専門研修 課程Ⅱ	受講済 [平成・令和 年度受講]
-------------	---	-------------	------------------

3 資格（受講要件②のみ）

資格の種類	修了・認定年月日	備考
ケアマネジメントリーダー養成研修	平成・令和 年 月 日	
日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネジャー	平成・令和 年 月 日	会員番号 ()

※ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写しを添付してください。

※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。

裏面へ続く

4 介護支援専門員としての経歴（自己申告）

- ・介護支援専門員登録後の介護支援専門員としての職歴を記入し、専任・兼務に○をしてください。
- ・令和6年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内における＜事業所・施設一覧表＞中の管理者との兼務期間は専任期間に含めてください。

施設及び事業所名	勤務期間【 年 月】	専任・兼務の別
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
勤務期間の合計 (うち通算専任期間の合計)	年 か月 (うち専任期間の合計	年 か月)

※端数の日数は30日を1か月として計算してください。

※「専任」は常勤専従の介護支援専門員として従事した期間又は事業所の管理者と兼務した期間が算定できます。

※他職種との兼務や複数事業所の兼務は算定できません。

※事業所が発行する「介護支援専門員業務専任期間証明書」(別紙3)を添付してください。

また、受講者と事業所の代表者が同一の場合は、「事業所指定申請」の写しとその際添付した「介護支援専門員一覧」の写しを添付してください。

5 受講申込

- ・希望コースの順に第1希望は「1」を、第2希望は「2」を記入してください。

コース記号	希望順
1 コース(オンライン研修)	
2 コース(オンライン研修)	

6 今年度受講申込する理由（例：居宅介護支援事業所の管理者となるため。）

7 申込申告内容に対する確約及び個人情報の取り扱いへの同意

私は、令和6年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修を申込みます。

上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

氏名（自署）

受講要件(3) ③主任介護支援専門員に準ずる者として地域包括支援センターに配属されている者用

令和 6 年度 三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 年 月 日

- ◎ 現在、主任介護支援専門員に準ずる者として地域包括支援センターに勤務している方が対象です。
 ※介護支援専門員専門研修課程Ⅰ（免除者有り）・専門研修課程Ⅱを修了していることが必要です。
 ※詳しくは受講案内を参照してください。

1 申込者

フリガナ			生 年 月 日	
氏 名			昭・平 年 月 日	
本人連絡先	〒			
	TEL	携帯		
所属事業所名				
事業所連絡先	〒			
	TEL	FAX		
介護支援専門員 登録番号				実務研修受 講試験時の 資格要件
				社会福祉士・介護福祉士・看護師 准看護師・薬剤師・医師・歯科医師 その他（ ）

2 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

専門研修 課程Ⅰ	免除（H15～H17 基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了） 受講済 [平成・令和 年度受講]	専門研修 課程Ⅱ	受講済 [平成・令和 年度受講]
-------------	---	-------------	------------------

3 資格

資格の種類	修了年月日	備考
ケアマネジメントリーダー養成研修	平成・令和 年 月 日	

※ケアマネジメントリーダー養成研修を修了済みの場合は、修了証の写しを添付してください。

4 現在の就業状況（自己申告）

- ・現在配置されている地域包括センターについてご記入ください。

地域包括支援センター名称	
勤務期間	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 合計 【 年 か月】

※事業所が発行する「地域包括支援センター在職証明書」（別紙4又は別紙4-2）を添付してください。

また、受講者と事業所の代表者が同一の場合は、「事業所指定申請」の写しとそれ際添付した「介護支援専門員一覧」の写しを添付してください。

5 受講申込

- ・希望コースの順に第1希望は「1」を、第2希望は「2」を記入してください。

コース記号	希望順
1 コース(オンライン研修)	
2 コース(オンライン研修)	

6 今年度受講申込する理由（例：居宅介護支援事業所の管理者となるため。）

--

7 申込申告内容に対する確約及び個人情報の取り扱いへの同意

私は、令和6年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修を申込みます。

上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

氏名（自署）_____

受講要件(3) ④地域包括支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している者用

令和 6 年度 三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 年 月 日

※地域包括支援センターで、常勤の介護支援専門員として包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している期間は、専任期間に算定できます。

※専門研修課程Ⅰ（免除者有り）、専門研修課程Ⅱを修了していることが必要です。

※従事期間の通算期間の算定は、令和 6 年 1 0 月末までとします。

※詳しくは受講案内を参照してください。

1. 申込者

フリガナ											生 年 月 日		
氏 名											昭・平 年 月 日		
本人連絡先	〒										TEL	携帯	
所属事業所名													
事業所連絡先	〒										TEL	FAX	
介護支援専門員 登録番号												実務研修受 講試験時の 資格要件	社会福祉士・介護福祉士・看護師 准看護師・薬剤師・医師・歯科医師 その他（ ）

2 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

専門研修 課程Ⅰ	免除（H15～H17 基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了） 受講済 [平成・令和 年度受講]	専門研修 課程Ⅱ	受講済 [平成・令和 年度受講]
-------------	---	-------------	------------------

裏面へ続く

3 介護支援専門員の経歴 (自己申告)

- ※介護支援専門員登録後の介護支援専門員としての職歴を記入し、専任・兼務に○をしてください。
- ※令和6年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内における<事業所・施設一覧表>中の管理者との兼務期間は専任期間に含めてください。

施設及び事業所名	勤務期間【 年 月】	専任・兼務の別
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで 【 年 か月】	専任・兼務
勤務期間の合計 (うち通算専任期間の合計)	年 か月 (うち専任期間の合計 年 か月)	

- ※端数の日数は30日を1か月として計算してください。
- ※「専任」は常勤専従の介護支援専門員として従事した期間又は事業所の管理者と兼務した期間が算定できます。
- ※他職種との兼務や複数事業所の兼務は算定できません。
- ※事業所が発行する「介護支援専門員業務専任期間証明書」(別紙3)及び「地域包括支援センター在職証明書」(別紙4)を添付してください。
- また、受講者と代表者が同一の場合は、「事業所申請」の写しとその際添付した「介護支援専門員一覧」を添付してください。

4 受講申込

- 希望コースの順に第1希望は「1」を、第2希望は「2」を記入してください。

コース記号	希望順
1 コース(オンライン研修)	
2 コース(オンライン研修)	

5 今年度受講申込する理由 (例：居宅介護支援事業所の管理者となるため。)

6 申込申告内容に対する確約及び個人情報の取り扱いへの同意

- 私は、令和6年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修を申込みます。
- 上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

氏名 (自署) _____

主任介護支援専門員研修レポート

受講者氏名
介護支援専門員登録番号
事業所名

1. 主任介護支援専門員研修を受講する動機について、該当する番号に○を付けてください。
(複数回答可)

- ① 現在、指定居宅介護支援事業所の管理者であるため
- ② 研修修了後に指定居宅介護支援事業所の管理者として配置予定のため
- ③ 地域包括支援センターの主任介護支援専門員として配置予定のため
- ④ 特定事業所加算算定予定のため
- ⑤ その他 ()

2. 現在、あなたの職場、地域の中で介護支援専門員の課題(問題)となっている点はどのようなことでしょうか。具体的に記載してください。

3. 上記の課題の解決のために、主任介護支援専門員研修ではどのようなことについて学び、どのように今後を活かしたいですか。

介護支援専門員業務専任期間証明書

(受講要件 (3) ①、②、④対象者用)

三重県医療保健部長寿介護課長 宛て

事業所の所在地

事業所の名称

印

代表者名

電話番号 ()

担当者氏名

下記の者に係る介護支援専門員としての従事期間を下記の通り証明します。

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号	
事業所種別 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 () ※地域包括支援センターは、該当する業務形態に○を記入してください。 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (包括的支援業務・介護予防支援業務)
施設・事業所名	
専任従事期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
【合計】	合計 【 年 か月 】

- 注1 専任従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従している期間です。
ただし、管理者と兼務している期間、地域包括支援センターで包括的支援業務と介護予防支援業務を兼務している期間を含みます。
- 2 従事した事業所が複数ある場合は、本様式をコピーの上、各事業所で証明いただき
てください。
- 3 受講者と事業所の代表者が同一の場合は、「事業所指定申請」の写しとその際添付し
た「介護支援専門員一覧」の写しを添付してください。

地域包括支援センター在職証明書

(受講要件 (3) ③対象者用)

令和 年 月 日

三重県医療保健部長寿介護課長 宛て

事業所の所在地

事業所の名称

代表者名

印

電話番号 ()

担当者氏名

下記の者は、介護保険法施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ (3)) に規定される主任介護支援専門員に準ずる者として、現在、当地域包括支援センターに配置されている者であることを証明します。

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号	
地域包括支援センター名称	
勤務期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 合計 【 年 か月 】

地域包括支援センター在職証明書

(受講要件 (3) ③対象者用)

令和 年 月 日

三重県医療保健部長寿介護課長 宛て

事業所の所在地

事業所の名称

代表者名

印

電話番号 ()

担当者氏名

下記の者は、介護保険法施行規則第 140 条の 66 第 1 号イ (3)) に規定される主任介護支援専門員に準ずる者として、地域包括支援センターが育成計画を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事 (専任か否かは問わない。) した期間が通算 5 年以上である者であることを証明します。

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号	
地域包括支援センター名称	
主任介護支援専門員に準ずる者の要件 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターが育成計画を策定している。 <input type="checkbox"/> センターに現に従事する主任介護支援専門員のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員である。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員として従事 (専任か否かは問わない。) した期間が通算 5 年以上である。
勤務期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 合計 【 年 か月 】

