

地域包括支援センター用

受付番号

(※この欄は記入不要です。)

別紙2

青森県知事 殿

令和 年 月 日

(市町村長名)

令和7年度青森県主任介護支援専門員研修 受講申込書

▽ 申込事業所

地域包括支援センター名			
所在地	〒		
電話番号		FAX	

▽ 研修申込者	同一の地域包括支援センターで複数の申込みを行う場合は、優先順位を記載すること →								位
フリガナ								生 年 月 日	
氏 名								昭和 年 月 日	平成 年 月 日
介護支援専門員番号									(8ケタの登録番号を記載)

▽ 受講要件確認欄（該当する欄に☑を付すこと）

受 講 要 件		(令和7年10月26日現在、(1)または(2)のいずれかを満たす者)								
	☐	(1)	専門研修の課程Ⅰ及び課程Ⅱを修了した者。							
	☐	(2)	更新研修（実務経験者向け）を修了した者。							
実務経験要件		(令和7年10月26日現在、(1)、(2)、(3)、(4)、(5)のいずれかを満たす者)								
	☐	(1)	専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60か月)以上である者 (専任とは常勤かつ専従の勤務を指し、指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間に算定可)							
	☐	(2)	ケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、専任の介護支援専門員としての従事期間が通算3年(36か月)以上の者							
	☐		日本ケアマネジメント学会認定の認定ケアマネージャーで、専任の介護支援専門員としての従事期間が通算3年(36か月)以上の者							
	☐	(3)	ケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、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置されている者							
	☐	(4)	市町村直営の地域包括支援センターに配置されている者で、地域の介護支援専門員への指導支援等に関して十分な知識及び能力を有する者として市町村長からの推薦を受けた者							
	☐	(5)	その他 県が適当と認める者							

※ 受講案内（別表【添付書類一覧】）を参照し、必要書類の不備・不足がないよう確認の上、提出すること。