

青森県知事 殿

令和 年 月 日

(施設・事業所長名)

令和 8 年度青森県主任介護支援専門員研修 受講申込書

▼ 申込施設・事業所

事業所等名			
事業所等所在地	〒		
電話番号		FAX	

※ 居宅介護支援事業所のみ記入 管理者一人で運営している居宅介護支援事業所	☐ 該当する ☐ 該当しない
※ 居宅介護支援事業所のみ記入 特定事業所加算の申請(予定)の有無	☐ すでに申請済み ☐ 当研修修了後に申請予定 ☐ 予定なし

▼ 研修申込者	同一の事業所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	
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8年10月20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8年10月20日現在、(1)、(2)、(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 ※青森県で受講した場合 修了年度： 年度 修了証番号： 第 号
☐		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
☐	(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。