　　施設・事業所等用

受付番号

（※この欄は記入不要です。）

**別紙３**

令和　　年　　月　　日

青森県知事　 　 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設・事業所長名）　　　　　印

令和６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　ｶﾞ　ﾅ | | | | |  | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | |
| 氏　　　　　名 | | | | |  | | | | | | | 昭和  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６年１０月末現在、(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６年１０月末現在、(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。