（別紙５）

令和5年度　福岡県主任介護支援専門員研修　受講申込書

記入日　　年　　月　　日

受講希望コース		受講推薦区分
1	2	

1　申込者について

申込者	氏　　名	フリガナ		生年月日	
	介護支援専門員登録番号（8ケタ）			＊他都道府県登録者は、必ず介護支援専門員証のコピーを添付してください。（福岡県登録の方は不要です）	
	住　　所	郵便番号〒		連絡先電話番号	
				介護支援専門員証の有効期間満了日	令和　　年　　月　　日
	介護支援専門員実務研修受講試験受験時の資格要件	（該当するものを○で囲んでください） 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師（准看護師） 社会福祉士 ・ 介護福祉士 その他（　　）			
現勤務先	事業所名			電話番号	
	所 在 地			現勤務先における職種名	

2　受講要件について　（①から⑤までの中で、該当する番号を○で囲んでください。）

受講対象区分			
Ⅰ	地域包括支援センターの主任介護支援専門員	①	介護支援専門員（常勤専従）として従事した期間が、通算して5年以上である者
		②	介護支援専門員（常勤専従）として従事した期間が、通算して5年に満たない者
Ⅱ、Ⅲ又はⅣ	居宅介護支援事業所等に所属しており、実務経験が5年以上	③	介護支援専門員（常勤専従）として従事した期間が、通算して5年以上である者
		④	県、市町村若しくは各種団体が実施する介護支援専門員に関する研修の講師を継続的に担当した経験がある者又は現にこれらの講師を担当する者など指導的立場にある者
	居宅介護支援事業所等に所属しており、実務経験が3年以上	⑤	旧制度の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

2－2　研修講師について　（受講要件④に該当する人のみ）

県、市町村又は各種団体が実施する介護支援専門員の研修の講師の経験があれば、記入してください。

研修名・事業名	実施年度	実 施 主 体	対 象 者	講 義 内 容 等

2－3　資格について　（受講要件⑤に該当する人のみ）

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	年　　月　　日	
日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー	年　　月　　日	認定番号 会員番号

3 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱ 又は更新研修（前期・後期）の受講状況について

研 修 名	受講の有無	修了年度	修 了 証 番 号	修 了 証 発 行 者 名
専門研修課程 Ⅰ 又は 更新研修 （前期）	有 無	年度		
専門研修課程 Ⅱ 又は 更新研修 （後期）	有 無	年度		

＊受講状況については、個人情報保護の観点から一切お答えできませんので、お問合せは御遠慮ください。

4 介護支援専門員としての職歴について ※病気休暇、育児休暇等の休職期間は除外すること。

	従 事 期 間	勤 務 先	雇 用 形 態	
年 月 日から 年 月 日まで	年 か月 日		□常勤 □非常勤	□介護支援専門員専任 □その他（ ）
年 月 日から 年 月 日まで	年 か月 日		□常勤 □非常勤	□介護支援専門員専任 □その他（ ）
年 月 日から 年 月 日まで	年 か月 日		□常勤 □非常勤	□介護支援専門員専任 □その他（ ）
年 月 日から 年 月 日まで	年 か月 日		□常勤 □非常勤	□介護支援専門員専任 □その他（ ）
年 月 日から 年 月 日まで	年 か月 日		□常勤 □非常勤	□介護支援専門員専任 □その他（ ）
年 月 日から 年 月 日まで	年 か月 日		□常勤 □非常勤	□介護支援専門員専任 □その他（ ）
合 計	年 か月（常勤 年 か月 ・ 非常勤 年 か月）			

5 研修受講動機等について

研修受講の動機及び目的
研修で学びたいこと ・ 研修終了後どのような役割を担っていきたいか
主任介護支援専門員の資格が必要になる時期とその事情

受講に当たっての誓約及び個人情報の取扱いへの同意

↓□にチェックをしてください。

□ ケアマネジメント実務に関する豊富な知識と経験を生かして、地域（職域）の介護支援専門員を支援し、個々の介護支援専門員が保健・医療・福祉分野における多職種・多機関と連携できるような体制を構築する上で中心的役割を担います。

□ 支援困難事例等に対する事例検討会の開催や相談窓口の開設、研修の実施、様々な機関が行う研修についての情報提供、個別のケアプランの作成指導など支援を十分に行い、個々の介護支援専門員のケアプラン作成能力や地域全体のケアマネジメント力の向上に積極的に取り組みます。

□ 研修修了後は、県内の介護支援専門員研修に講師として協力します。

□ 上記の目的のために、県や市町村が実施している研修の実施機関に必要な情報（住所、氏名、勤務先事業所名等）を提供することに同意します。

年 月 日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人自筆であること）

＊未記入等のため、受講要件を満たすことが確認できない場合は、この研修は受講できませんので御了承ください。

（別紙6）

受講区分Ⅱ～Ⅳ

所　属　事　業　所　推　薦　書

記入日　　年　　月　　日

所　　在　　地

施設・事業所の名称

代　表　者　氏　名　　職印

当事業所又は施設に所属する介護支援専門員（受講申込者氏名：　　）が、介護支援専門員として十分な知識と経験を持ち、主任介護支援専門員研修の受講が適当と認める理由は、次のとおりです。

仕事に対する姿勢 介護支援専門員としての地域における実績や貢献の内容、リーダーとしての経験

上記の者の受講申込みをするに当たり、研修受講後の当事業所又は施設としては、地域における貢献、活動支援について、次のように考えております。

事業所の概要			
事業所内介護支援専門員数 （令和5年4月1日現在　本人を含む）		同一事業所内の主任介護支援専門員数	
特定事業所加算の算定予定	有　・　無		

注１）事業所の代表者が記入してください。

注２）保険者が推薦するために参考とするための資料として添付してください。