

令和 7(2025)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修 受講申込書

記入日 令和 7 年 月 日

1 希望する受講日程 *第1~第3希望の期を、○で囲んでください。

第1希望以外の期になる場合や、ご希望の期自体がなくなる場合があります。決定通知書の期で受講いただくこととなりますので予めご了承ください。

第1希望	どれでも可	1期	2期	3期	4期
第2希望	どれでも可	1期	2期	3期	4期
第3希望	どれでも可	1期	2期	3期	4期

2 個別要件 *【令和 7(2025)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修実施要領】の「3 対象者」(2)個別要件のいずれか該当するものを○で囲んでください。(複数該当する場合も1項目を選択)

①	常勤専従の介護支援専門員として実務に従事した期間が、通算して5年(60か月)以上ある方
②	ケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者、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つて、常勤専従の介護支援専門員として実務に従事した期間が3年(36か月)以上ある方
③	現に県内の地域包括支援センターに常勤で配置されていて、センターが所在する市町村の推薦を受けた方
④	居宅介護支援事業所において、常勤(専従ではない)の介護支援専門員として配置され、事業所が所在する市町村の推薦を受けた方

3 受講希望者について

受講希望者本人	フリガナ		生年月日	昭和 平成		
	氏名			年 月 日 ()歳		
	住所	〒 -	自宅電話	- -		
			携帯電話	- -		
	介護支援専門員番号		登録都道府県	()		
	基礎資格 (ひとつ○で 囲ってください)	1 医師 7 准看護師 13 義肢装具士 18 柔道整復師	2 歯科医師 8 理学療法士 14 歯科衛生士 19 栄養士・管理栄養士	3 薬剤師 9 作業療法士 15 言語聴覚士 20 精神保健福祉士	4 保健師 10 社会福祉士 16 あん摩マッサージ指圧師 21 その他相談職	5 助産師 11 介護福祉士 17 はり師・きゅう師 22 その他介護職
受講目的 (該当するもの に○をして ください)	<input type="checkbox"/> 現在、居宅介護支援事業所の管理者である <input type="checkbox"/> 本研修を受講後に特定事業加算を算定する予定がある <input type="checkbox"/> その他()			特定一般教育訓練給付制度 <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない		

4 現所属先の状況について *申込内容確認等の必要のある時は、原則として勤務先に連絡をさせていただきます。

勤務先	事業所名		事業所番号	
	所在地	〒 -	住所	
	電話	- -	FAX	- -
	事業所形態	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他()		事業所又は施設の種類の 下表の①~⑨の中から該当する番号)
	「対象となる事業所」とは、以下の事業所を指します。 ①指定居宅介護支援事業者 ②特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 ③小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護に限る)に係る指定地域密着型サービス事業者 ④介護保険施設 ⑤介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 ⑥介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 ⑦指定介護予防支援事業者 ⑧地域包括支援センター ⑨在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口			
■ 現所属内の主任介護支援専門員の有・無		<input type="checkbox"/> いる ()名 <input type="checkbox"/> いない		

*【個人情報について】受講申込書および添付書類の記載事項は、埼玉県主任介護支援専門員研修の運営及び受講資格確認、名簿登録、修了書発行業務、埼玉県への修了者名簿提出以外の目的に使用いたしません。

様式 1-2

令和 7(2025)年度 埼玉県主任介護支援専門員研修 受講申込書

提出書類一覧

氏名

こちらのチェック表も同封してください

★受講において特別な配慮を希望する場合は、その内容を記入してください。

◆提出書類について、□にチェックと内容の記入をしてください

個別要件 ① ② ③ ④ 共通	<input type="checkbox"/>	受講申込書(様式 1-1、1-2)			
	<input type="checkbox"/>	専門研修Ⅰ及び専門研修Ⅱの修了証明書の写し、又は実務従事者向け更新研修(専門Ⅰ・Ⅱ相当分)の修了証明書の写し (専門Ⅰ・専門Ⅱともに必須)	「 <u>専門研修Ⅰ</u> 」(33 時間又は 56 時間もしくは平成15年度から17年度までの間に各都道府県が実施した、「介護支援専門員現任研修基礎課程Ⅰ」又は「基礎課程Ⅱ」)、及び「 <u>専門研修Ⅱ</u> 」(20 時間又は 32 時間)、又は「更新研修」(53時間又は 88時間)の研修修了証明書の写し		
	<input type="checkbox"/>	専門Ⅰ 修了日 平成・令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/>	専門Ⅱ 修了日 平成・令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し ※現在の証	1. ある	2. 登録地変更中	
	<input type="checkbox"/>	常勤専従の介護支援専門員の実務経験年数 ※様式 2-2 をよくご確認ください。	年 月	左記実務経験年数で受講要件を満たさない場合、受講要件を満たす見込みの日付 ・60 ヶ月(個別要件①) 月 日 で ・36 ヶ月(個別要件②)	
	<input type="checkbox"/>	ケアプランの写し(ご自身で 1 年以内に作成したもの) ※詳細は様式 3-1 でご確認ください。			
<input type="checkbox"/>	誓約書(様式 4) ※必要書類が申込時に間に合わない方のみ				

◆要件ごとの提出書類

個別要件①	<input type="checkbox"/>	実務経験証明書(様式 2-2) ※過去の実務経験証明書において5年以上の従事期間を証明できていたとしても申込開始日以降受講開始時までの間の実務経験を証明できる実務経験証明書が必要です。
個別要件②	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	実務経験証明書(様式 2-2) ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証、又は認定ケアマネジャーの認定登録証の写し ※認定ケアマネジャーの認定登録証については資格が失効していない事。
個別要件③	<input type="checkbox"/>	地域包括支援センターが所在する市町村の推薦書および在籍証明書(様式 5-1、5-2)
個別要件④	<input type="checkbox"/>	指定居宅介護支援事業所が所在する市町村の推薦書(様式 6)

【注意事項】

- ・同封書類を再度ご確認ください、特定記録郵便又は簡易書留(厳守)で 当協会まで郵送をお願いします。
- ・提出書類一式はコピーを取ってお手元に保管しておいてください。

申込期限 令和 7 年 5 月 14 日(水) 郵送必着