

令和4年(2022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4年 月 日

1 希望する受講日程 *第1~3希望の全てに必ず○をつけてください。

人数により変更になる場合があります。また、第2、第3希望に○がない方は、ご希望に添えない可能性が高くなります。

Table with 5 columns: Course Name, Period 1, Period 2, Period 3, and Remarks. Rows include 第1希望, 第2希望, and 第3希望.

2 受講要件 *令和4年(2022年)度 埼玉県主任介護支援専門員研修実施要領 3 受講対象者(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)

Table with 2 columns: Requirement Number and Description. Contains 4 numbered requirements regarding work experience and qualifications.

3 受講希望者について

Form for applicant details including name, address, phone numbers, and experience. Includes checkboxes for current status and future plans.

4 現所属先の状況について

Form for current employer information including business name, address, phone, and fax. Includes a stamp area and a section for current status.

*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させていただきます。

5 受講要件に関する研修修了状況

1～5の各研修の修了状況を○で囲んでください。(修了年度を記載してください)

研 修 修 了 状 況	1	平成15～17年度 ケアマネジメントリーダー養成研修	平成__年度修了
	2	平成15～17年度 基礎課程Ⅰ又は基礎課程Ⅱ	平成__年度修了
	3	平成18～令和3年度 専門研修課程Ⅰ	平成・令和__年度修了
	4	平成18～令和3年度 専門研修課程Ⅱ	平成・令和__年度修了
	5	平成18～令和3年度 更新研修(実務従事者)	平成・令和__年度修了

6 添付書類

- ① 平成18年度以降に各都道府県が実施した「介護支援専門員専門研修課程Ⅰ」及び「介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」の修了証明証の写し(全員)、または各都道府県が実施した「実務従事者向け介護支援専門員更新研修」の修了証明証の写し(全員)
*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または基礎課程Ⅱを修了し、「専門研修Ⅰ」の受講が免除となっている方は、「基礎課程Ⅰ」または「基礎課程Ⅱ」の修了証の写し(該当者)
- ② 実務経験証明書(申込書式2)(全員)
- ③ 常勤専従の介護支援専門員としての配置状況が確認出来る書類の写し(全員)
- ④ 介護支援専門員証の写し(全員)
- ⑤ ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証の写し、また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の認定登録証の写し(該当者)
- ⑥ 保険者の推薦書(申込書式3)(申込書式1-1 2. 受講要件④ーア 該当者)
- ⑦ 保険者の推薦書(申込書式4-1)および地域包括支援センター在籍証明書(申込書式4-2)(申込書式1-1 2. 受講要件④ーイ 該当者)
- ⑧ 埼玉県内の就業(予定)を証明する就業証明書(申込書式5)(全員)
- ⑨ 誓約書(申込書式6)(該当者)
- ⑩ 居宅(施設)サービス計画書の事例(全員)
- ⑪ ケアプラン提出時チェック表(申込書式7)(全員)
- ⑫ 自己評価表1, 2(申込書式8-1、申込書式8-2)(全員)
- ⑬ 提出書類チェック表(申込書式9)(全員)

身体の不自由等、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。