

受講要件

①専任期間5年以上

②ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は認定ケアマネジャーであり、専任期間3年以上の者用

令和7年度 三重県主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 年 月 日

◎ 該当する対象区分に○を付けてください。

- () 1 専任の介護支援専門員として実務に従事した期間が通算5年(60か月)以上である者
- () 2 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であって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算3年(36か月)以上である者

1 申込者

フリガナ			生 年 月 日	
氏 名			昭・平 年 月 日	
本人連絡先	〒 TEL メールアドレス		携帯電話 @	
所属事業所名				
事業所連絡先	〒 TEL		FAX	
介護支援専門員 登録番号			実務研修受 講試験時の 資格要件	社会福祉士・介護福祉士・看護師 准看護師・薬剤師・医師・歯科医師 その他()

2 介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・Ⅱの受講状況

専門研修 課程Ⅰ	免除 (H15～H17 基礎研修課程Ⅰ又はⅡを修了) 受講済 [平成・令和 年度受講]	専門研修 課程Ⅱ	受講済 [平成・令和 年度受講]
-------------	--	-------------	------------------

3 資格(受講要件②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	平成・令和 年 月 日	
日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネジャー	平成・令和 年 月 日	会員番号 ()

※ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写し、又は、日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写しを添付してください。

裏面へ続く

4 介護支援専門員としての経歴（自己申告）

- ・介護支援専門員登録後の介護支援専門員としての職歴を記入し、専任・兼務に○を付けてください。
- ・令和7年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内における＜事業所・施設一覧表＞中の管理者との兼務期間は専任期間に含めてください。

施設及び事業所名	勤務期間【うち専任期間】	専任・兼務の別
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで【 年 か月】	専任・兼務
	平成・令和 年 月から 平成・令和 年 月まで【 年 か月】	専任・兼務
合計	勤務期間合計 年 か月 (うち専任期間合計 年 か月)	

※端数の日数は30日を1か月として計算してください。

※「専任」は常勤専従の介護支援専門員として従事した期間、事業所の管理者と兼務した期間が算定できます。

※他職種との兼務や非常勤としての従事期間は、算定できません。

※事業所が発行する「介護支援専門員業務専任期間証明書」（別紙3）も提出してください。

5 受講申込

- ・希望コースの順に第1希望は「1」を、第2希望は「2」を記入してください。

コース区分	希望順
1 コース	
2 コース	

6 今年度受講申込する理由（例：居宅介護支援事業所の管理者となるため。）

--

7 申込申告内容に対する確約及び個人情報の取り扱いへの同意

私は、令和7年度三重県「主任介護支援専門員研修」受講案内の内容を確認の上、研修を申し込みます。

上記申告内容に相違ないことを確約すると共に、研修修了者名簿への記載及び主任介護支援専門員としての活動のため、市町、広域連合及び地域包括支援センターに名簿の情報提供をすることに同意します。

氏名（自署）
