

受講要件

③主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配属されている者用

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

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 現在の就業状況 (自己申告)

・現在配置されている地域包括支援センターについてご記入ください。

地域包括支援センター名称 (勤務先)	
勤務期間	平成・令和 年 月から平成・令和 年 月まで

※勤務先の地域包括支援センターが発行する「地域包括支援センター在職証明書」(別紙 4 (1) 又は (2)) を提出してください。

裏面へ続く

4 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	

5 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。）

6 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）_____