**主任介護支援専門員更新研修受講申込書**

（申込様式1）

年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　（　　　　　歳）昭和・平成　　年　　　月　　　日 |
| 介護支援専門員登　録　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **メールアドレス（必須）** |  |
| 勤　務　先 | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| ○該当する受講要件（以下の①～⑤から選択して記載してください。） |  |
| 研修対象者は、次の①から⑤までのいずれかに該当する者であって、主任介護支援専門員（研修修了証明書）の有効期間がおおむね２年以内に満了する者とする。1. 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者
2. 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年４回以上参加した者
3. 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者
4. 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
5. 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者
 |
| ○提出物・受講要件①に該当する場合* 申込様式１　　□企画・講師証明書又は講師依頼文書原本か原本と相違ない旨を証明できる写し
* 研修実績　※企画経験者のみ

佐賀県ホームページ掲載：主任介護支援専門員更新研修の受講要件の取扱い「様式2」* 研修内容が分かるもの（研修開催通知、次第等の写し）
* 「主任フォローアップ研修修了者で実務研修の実習指導者」の要件で申し込む場合は、当該要件を満たしていることが分かる書類

・受講要件②に該当する場合* 申込様式１　　　□研修修了履歴（申込様式２）
* 各研修の修了証明書（写し）　※但し「様式4」（修了証明書）は原本添付
* 研修時間・内容が分かるもの（研修開催通知、次第等）

・受講要件③に該当する場合の提出物* 申込様式１　　□　研究大会等次第等（演題発表を行ったことが分かるもの）

・受講要件④に該当する場合* 申込様式１　　　□　認定ケアマネジャー研修修了証明書の写し
 |

（申込様式２）

**研修修了歴**

**（登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**（氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 修了年月日 | 時間 | 研修時間※ |
| （例）主任フォローアップ研修 | 令和5年2月14・15日 | １０：００～１７：００ | １２時間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計時間 | 　　　時間 |

※１回の研修時間が2時間未満のものは対象外。休憩時間は研修時間に含みません。