**主任介護支援専門員研修受講申込書**（様式1）

令和7年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　　　（　　　　　歳）　年　　　月　　　日 |
| 介護支援専門員登　録　番　号 |  |
| 勤　務　先 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| ・現在居宅介護支援事業所の管理者か否か（該当するものに☑）　　　　□管理者　　　　□管理者以外・佐賀県以外で登録されている場合は、介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書の写しを添付ください。 |
| **専門研修課程Ⅰ及びⅡの受講について該当に〇**A　研修を修了している　　　B　今年度の研修で修了見込みA・・・・直近の専門課程Ⅰ及び専門課程Ⅱの修了証明書のコピーを添付してください。更新が2回目以降の方は専門課程Ⅰの修了証明書のコピーは不要です。B・・・・専門課程Ⅰ及び専門課程Ⅱ修了後、速やかに修了証明書のコピーを提出してください。**添付書類・・・ケアプラン（１事例）を提出してください。****①アセスメント用紙　②サービス計画書1表～3表(居宅・施設・予防いずれも可)****※書式は各自事業所で使用しているもので構いません。** |

**〇介護支援専門員に関する職歴**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 従　事　期　間 | 勤務先 | 専任・兼務 | 職名及び兼任の内容 |
| 　　年　　月　　日から | 　　年　　　ヵ月　　 |  | 専任・兼務 |  |
| 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　年　　　ヵ月 |  | 専任・兼務 |  |
| 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　年　　　ヵ月 |  | 専任・兼務 |  |
| 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　年　　　ヵ月 |  | 専任・兼務 |  |
| 　　年　　月　　日まで |
| 　　年　　月　　日から | 　年　　　ヵ月　　 |  | 専任・兼務 |  |
| 　　年　　月　　日まで |
| 合　　　　　　計 | 　年　　　ヵ月　　 |  |

1　介護支援専門員としての職歴について、専任・兼務にかかわらず全て記載してください。

2　専任・兼務のあてはまるところを○で囲んでください。

3　端数の日数は、３０日を１ヵ月として計算してください。

4　管理者以外の職種を兼務している期間は「兼務」としてください。なお、他の事業所と兼務している場合であっても、介護支援専門員としての職務のみに従事している場合は「専任」としてください。

5　合計欄は「専任」の従事期間のみ合算して記入してください。

6　非常勤の従事期間の算定は、常勤換算方法によるものとしてください。

（様式2）

**介護支援専門員従事証明書**

令和7年　　月　　日

事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の名称

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

電話番号

作成者職氏名

次の者に係る介護支援専門員としての従事期間は下記のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |

記

|  |  |
| --- | --- |
| 　事　業　所　名 |  |
| 　専任従事期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　年　　　　　ヵ月　　　　日　　 |
| 備　　　考 |  |

* 専任従事期間とは、介護支援専門員として専従している期間（管理者との兼務期間を含む。）です。

また、非常勤の従事期間の算定は、常勤換算方法によるものとしてください。

＊　複数の事業所に従事している場合、各々の事業所からの証明が必要になりますので、その場合はコピー

して使用してください。