（様式3－１）

令和６年度主任介護支援専門員更新研修受講要件に係る

法定外研修　総括表（要件２）

令和　　年　　月　　日

氏　名

　　　　私は、令和６年度主任介護支援専門員更新研修実施要項第３(２)に該当する研修を下記の通り

修了しました。

**受講証明書を提出する年度　　令和　　　年度**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修主催者 | 研修名称 | 研修内容 | 実施日 | 時間数 | 修了証明書の発行 | 講師等の経験 |
|  |  |  | 年 　月 　日 | 時間 | 有  ・  無 | 有  ・  無 |
|  |  |  | 年　 月　 日 | 時間 | 有  ・  無 | 有  ・  無 |
|  |  |  | 年　 月　 日 | 時間 | 有  ・  無 | 有  ・  無 |
|  |  |  | 年　 月　 日 | 時間 | 有  ・  無 | 有  ・  無 |

【注意事項】

※　上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認をさせていただき、必要に応じ再提出をして

いただくことがあります。

**※　虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。**

※　各研修の修了証明書及び研修カリキュラムの写しを添付してください。

修了証明書の発行されない研修においては、「主任介護支援専門員更新研修受講要件に係る法定外研修修了証明書（様式３－２）」にて当該研修を修了した旨の証明を受けてください（茨城県長寿福祉課及び県内の保健所が開催する研修については、修了証の写しの添付は不要です。）。法定外研修の企画、講師やファシリテーターの経験については、「主任介護支援専門員更新研修受講要件に係る法定外研修講師等証明書（様式３－３）」にて当該研修の講師等の経験をした旨の証明を受けてください。