管理者の方が内容を確認し、署名・捺印の上、ご提出ください。

**令和7年度　茨城県主任介護支援専門員研修　受講申込書**

研修通知の内容を了解したうえで、下記のとおり申し込みます。

記入日　　　令和　　年　　　月　　　日

管理者氏名　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員証登録番号(8桁) | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | 有効期間満了日 | | 平成 | 年　　　月　　　日 | |
| 令和 |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | 年　　月　　日（　　）歳 | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | 性別 | 男  ・  女 | 自宅電話　　　（　　　　） | | |
| 携帯電話　　　（　　　　） | | |
| 登録地 | 都･道･府･県 | | | | | | | | | | | 基礎資格 | |  | | |
| 所属  事業所名 |  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | （　　　　） | | |
| 介護支援専門員の実務期間 | | 専任としての従事期間※1　　　　　　年　　　か月  兼任としての従事期間　　　 　　　　年　　　か月　(要件(4)-アの方のみ記載) | | | | | | | | | | | | | | |
| 推薦された  市町村名 | | 市・町・村 | | | | | | | | | | 受講希望班 ※2 | | | | |
| 第1希望　　　　　　班 | | | | 第2希望　　　　　　班 |
| 受講要件  該当箇所に☑ | |  | | 要件（１）専任で従事した期間が通算して5年（60か月）以上である者 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 要件（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って、専任で従事した期間が通算して3年（36か月）以上である者 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 要件（３）主任介護支援専門員に準ずるものとして、現に地域包括支援センターに配置されている者 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 要件(4)-ア　従事期間が5年以上あって法定研修講師の経験がある者 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 要件(4)-イ　地域包括支援センターの主任介護支援専門員として配属予定の者 | | | | | | | | | | | | |

＊　電話番号は申し込み内容確認のため、確実に連絡の取れる番号（昼間の連絡）を記入してください。

＊　管理者氏名は現在の事業所の管理者で構いません。（法人代表者でなくても可。出向の場合は出向先）

　　また、申込者が管理者の場合ご自身の署名・捺印になります。（認印可）

(※１)　専任の実務従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従している期間（週32時間以上の非常勤含む）及び、常勤であって当該事業所（居宅介護支援事業所に限る）の管理者を兼務している期間です。施設の相談員兼務等は該当しません。

(※２)　班はご希望に添えないことがありますのでご了承ください。