

記載例

1 受講要件

※番号①～④に該当する箇所には○を記入すること。

※開催要項 3対象者<受講要件> (1) ①～④に該当する区分となります。

①	<input type="radio"/>	専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60か月)以上ある者	
②	<input type="radio"/>	ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は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であり、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36か月)以上ある者 ※下記の該当箇所に○を記入し、修了年度・有効期間を記入	
		ケアマネジメントリーダー養成研修	修了年度 () 年度
		日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー	有効期間 年 月 日
③	<input type="radio"/>	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置されている者	
④	<input type="radio"/>	その他、介護支援専門員の業務に関し、十分な知識と経験を有する者であり、県が適当と認める者	

2 介護支援専門員に関する職歴

※専任の介護支援専門員として従事した期間、又は介護支援専門員証の有効期間内に地域包括支援センターに配置され
従事した期間を記載すること。(見込みも含む複数の履歴がある場合は、合計した通算年月日を記入すること。)

※要件(1)①②④の方で職歴が複数ある方は、実務経験(見込)・在籍証明書【様式4-A】又は【様式4-C】を時系列
に沿って転記してください。

事業所等の名称	従事期間	当該事業所 管理者との兼務
指定居宅介護支援事業所 A	平成30年 4月 1日～ 令和 4年 3月 31日	3年 11か月 31日 有・ <input type="radio"/>
指定	令和 4年 4月 1日～ 令和 8年 7月 31日	4年 3か月 31日 <input type="radio"/> ・無
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 有・無
	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 有・無
合計(見込み含む)	通算 8年 4か月 2日	

実務経験(見込)・在籍証明書に記載されている従事期間・合計をそのまま転記。複数ある場合は合計し、記入すること。

3 適格請求書(インボイス)発行について

受講料の適格請求書(インボイス)発行 ※いずれかを○で囲む。空欄の場合は希望なしとみなします。	<input checked="" type="radio"/> 希望する ・ <input type="radio"/> 希望しない
希望の方のみ記入 請求書の宛名(法人名・事業所等の正式名称) ○○法人 ○○会 指定居宅介護事業所 B	再発行はいたしませんのでご注意ください

受講料の適格請求書発行の希望の有無を○で囲んでください。

希望者は必ず事業所等へご確認のうえ、請求先の正確な名称を記載してください。

4 同意書の確認について

※必ず別紙「介護支援専門員法定研修受講における同意書」を読んで、□に✓を入れてください。

別紙1「介護支援専門員法定研修受講における同意書」について内容を確認し、理解しました。

※この受講申込書で得た個人情報については、本会が定める「個人情報保護に関する方針」に基づき、本要項18「個人情報の取り扱い」に記載する目的以外で使用しないことを申し添えます。