**様式１**

**令和５年度 山口県主任介護支援専門員研修受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  | 　生 年 月 日（和暦） |
|  | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 登 録 県 |
| □山口県□その他( 県) |
| 自宅住所 | 　〒　　　　― |
| 連 絡 先（携帯電話） |  |
| 所属事業所 | 事業所種別 | □居宅　　□施設　　□包括　　□その他( ) |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒　　　　― |
| 連絡先 | TEL（　　　　）　　　―FAX（　　　　）　　　― |
| 特別地域居宅介護支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できない居宅介護支援事業所で、**令和７年３月末まで**に新たに管理者になる予定である者 |  |
| 特別地域居宅介護支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できない居宅介護支援事業所の現管理者、若しくは**令和７年３月末から令和８年３月末まで**に管理者になる予定である者 |  |
| **※㊟該当者は右欄に〇印を記入してください。** |

**≪在籍証明≫**

|  |
| --- |
| 上記の者が当事業所において、現に介護支援専門員として勤務していることを証します。令和　　年　　月　　日事業所名代表者役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　 印 |

**≪該当要件≫**

**（要項２（２）ア～オのうち該当するものいずれか１つを選択し、○で囲む）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ア | 専任の介護支援専門員として従事した通算期間※５年（６０か月）以上 | ・実務経験証明書（様式２） |
| （通算）　　　年　　　月 |
| イ | 専任の介護支援専門員として従事した通算期間※３年（３６か月）以上 | ・ケアマネジメントリーダー養成研修修了証明書又は認定ケアマネジャー認定書・実務経験証明書（様式２） |
| （通算）　　　年　　　月 |
| ウ | 所属地域包括支援センター名 | ・地域包括支援センター配置等証明書（様式４）・ケアマネジメントリーダー養成研修修了証明書 |
|  |
| エ | 所属地域包括支援センター名　※ﾌﾞﾗﾝﾁの場合は所属ｾﾝﾀｰ名とﾌﾞﾗﾝﾁ名を併記 | ・実務経験証明書（様式２）・地域包括支援センター配置等証明書（様式４） |
|  |
| オ | 介護支援専門員として従事した通算期間※５年（６０か月）以上 | ・実務経験証明書（様式２）・推薦書（様式３－１） |
| （通算）　　　年　　　月 |
| 講師を務めた直近の研修 |
| （年度）　　　年度（研修名）（実施機関） |

**≪研修修了年度（要項２（３））≫**

|  |  |
| --- | --- |
| 専門研修課程Ⅰ | 平成　・　令和　　　　年度修了 |
| 専門研修課程Ⅱ | 平成　・　令和　　　　年度修了 |

**≪受講希望コース≫**

いずれかの□にチェックをしてください。

□　いずれも可

□　Ａコース希望 □　Ｂコース希望　□　Cコース希望 □　Dコース希望

　　　㊟　コース割り振りの際の参考にさせていただきます。希望どおりにならない場合もありますので、あらかじめ御了承ください。

**≪お願い≫ 開催要項等の書類は、必ずお読みください。**

**提 出 先：名鉄観光サービス山口支店**

**提出締切：令和５年９月８日（金）必着・厳守**