※受付番号	
-------	--

令和 7 年度 香川県主任介護支援専門員研修受講申込書

香川県主任介護支援専門員研修を受講したいので、申し込みます。

	介護支援専門員登録番号	有効期限
		年 月 日
フリガナ	生年月日	
氏 名	年 月 日	
現住所	(〒 -)	
	電話 () -	携帯電話 - -
現勤務先名称	①主任介護支援専門員数	人
	②介護支援専門員数 (※①を含む)	人
介護保険事業所番号	特定事業所加算 の届出の有無	I ・ II ・ III ・ IV ・ 無
現勤務先住所	(〒 -) 電話 () -	
取扱い件数	件 (1ヶ月平均)	
専任の介護支援専門員 としての従事期間	年 月 (令和 7 年 6 月末現在)	
専門研修の修了状況	専門研修課程 II (平成・令和 年度修了・令和 7 年度修了予定)	
受講条件該当区分 ①～④のいずれかに ○印を付けてくださ い。 <u>※⑤⑥は、当ては まる場合に追加で ○印を付けてくだ さい。</u>	① 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 ② 専任* の介護支援専門員として従事した期間(令和 7 年 6 月末時点)が通算して 3 年(36ヶ月)以上である i) 平成____年度ケアマネジメントリーダー養成研修修了 修了証明書 No. _____ ii) 平成____年度認定ケアマネジャーに認定 ③ 専任* の介護支援専門員として従事した期間(令和 7 年 6 月末時点)が通算して 5 年(60ヶ月)以上である ④ 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 ⑤ i) 居宅介護支援事業所の管理者である ii) 1年以内に居宅介護支援事業所の管理者になる ⑥ 令和 7 年度中に新たに特定事業所加算を予定している又は、主任介護支援専門員の配置数を増やす予定の居宅介護支援事業所の介護支援専門員	
令和 5 年度・6 年度 主任介護支援専門員 研修受講申込者の特 例措置	令和 5 ・ 6 年度主任介護支援専門員研修申込みにおいて、「業務従事証明書(様式 2)」を提出済みである。 令和 5 ・ 6 年度主任介護支援専門員研修申込みにおいて、介護支援専門員証の写しを提出し、かつ記載事項等に変更がない。	R5 ・ R6

**** 必ず記載要領を御参照のうえ御記入ください。 ****

香川県主任介護支援専門員研修受講申込書記載要領

受講申込書については、パソコン入力を推奨します。

手書きの場合はボールペンを使用し、楷書で丁寧に記入してください。

※受付番号	・記入しないでください。
介護支援専門員 登録番号	・介護支援専門員証に表示している番号を記入してください。 ・介護支援専門員の有効期間満了日を記入してください
氏 名	・介護支援専門員証に記載した氏名を記入の上、必ずフリガナも記入してください。 ・氏名が変更になった方で専門員証の書換交付申請をしていない方は、現在の氏名を記入し、併せて介護支援専門員証の書換交付申請をしてください。
生年月日	・記入してください。
現住所	・市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）まで正確に記入してください。受講決定通知書は、現住所に郵送します。また、郵便番号、電話番号も忘れずに記入してください。
現勤務先名称	・現在の勤務先名称について、省略せずに正確に記入してください。
介護保険事業所番号	・事業所の登録番号を記入してください。
主任介護支援専門員、 介護支援専門員数	・事業所に所属する主任介護支援専門員養成研修修了者数及び、介護支援専門員数を記入してください。（受講者本人を含む）
特定事業所加算の届 出の有無	・特定事業所加算「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、A、無」いずれかに○をしてください。
現勤務先住所	・市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）まで正確に記入してください。
取扱い件数	・利用者のアセスメントからサービス計画作成、モニタリング等の一連のマネジメントをおこなっている取扱い件数（月平均件数）を記入してください。
専任の介護支援専門員としての 従事期間 （提出された業務従事 証明書により確認 します） ※専任とは、当該事業所 における介護支援専門員 としての勤務時間が、当 該事業所において定めら れている常勤の従業者が 勤務すべき時間数（週 32 時間を基本とする。）に達 しており、主たる業務が 介護支援専門員であるこ と。	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の介護支援専門員として従事していた期間（令和7年6月末現在）を記入してください。なお、複数の事業所に勤務した場合には、期間を通算して記入してください。 ・介護支援専門員としての業務の範囲は、次の事業所又は施設において専任*の介護支援専門員として就労したものです。 <ol style="list-style-type: none"> ①居宅介護支援事業者 ②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ③小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護に限る。）に係る地域密着型サービス事業者 ④基準該当居宅介護支援事業者 ⑤介護保険施設 ⑥介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者 ⑦介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者 ⑧指定介護予防支援事業者及び基準該当介護予防支援事業者 ⑨地域包括支援センター ・これらの事業所または施設で就労していたとしても、単に、要介護認定のための調査業務のみ、短期入所に係る個別計画作成のみ、利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行った場合であって、<u>介護サービス計画の作成を行っていない場合は、実務経験としては認められません。</u>

	<ul style="list-style-type: none"> 指定居宅介護支援事業所においては、基準上、常勤専従の管理者を置くこととなっており、当該管理者については、実務経験があると認められます。
専門研修等の修了状況	<ul style="list-style-type: none"> 専門研修課程Ⅱの修了年度を記入してください。
受講条件該当区分	<ul style="list-style-type: none"> 該当する記号と番号を○で囲み、必要事項を記入してください。また、<u>該当区分⑤⑥</u>については、②又は③を満たしている場合にのみ追加で○を付けてください。
令和5年度・6年度主任介護支援専門員研修受講申込者の特例措置	<ul style="list-style-type: none"> 令和5年度又は令和6年度に主任介護支援専門員研修の受講を申し込んだ方について、各項目に該当する場合は、○印を記入してください。該当する添付書類の提出を省略することができます。該当しない方は、添付書類として提出してください。 令和4年度以前の同研修申込時の添付書類では省略を認めません。