

(様式1)

令和 年 月 日

施設・事業所名又は市町村名

代表者名

印

令和7年度 山梨県主任介護支援専門員研修
受講申込書 兼 受講要件確認用紙

フリガナ 氏 名		介護支援専門員 登 録 番 号																	
-------------	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次の受講要件に該当しますので、証明書類等を添えて申し込みます。

受 講 要 件 (該当する箇所に☑)	
☐	①専任(常勤専従)の介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60か月)以上の者
☐	②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認定の認定ケアマネジャーであり、介護支援専門員として従事した期間が通算3年(36か月)以上の者
☐	③施行規則第140条の66第1号イの(3)に規定する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介護支援専門員として従事した期間(兼務含む)が通算5年(60か月)以上であり、 ・山梨県が実施する介護支援専門員研修の講師又はファシリテーターの経験がある者 ・兼務内容が地域包括支援センターで居宅サービス計画の指導等に関わりがある者

受 講 要 件 (該当する箇所に☑)	証 明 書 類 (該当する書類に☑)	事務局 確認欄
【 研修修了歴 】 (申込者全員)		
☐ ①専門研修課程・更新研修Ⅰを修了	☐ 研修修了証明書(写)	☐
☐ ②専門研修課程・更新研修Ⅱを修了	☐ 研修修了証明書(写) ※直近のもの	☐
【 ケアマネジメントリーダー活動等支援事業に基づく資格 】 (受講要件②での申込者)		
☐ ③ケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者	☐ ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証明書(写)	☐
☐ ④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る者	☐ 認定ケアマネジャーの証明書(写)	☐
【 介護支援専門員等研修の講師又はファシリテーター 】 (受講要件④での申込者)		
☐ ⑤県が実施する介護支援専門員等研修の講師又はファシリテーター	☐ 講師又はファシリテーターの依頼文(写)	☐

【 書類提出に関する留意事項 】

所属先により提出書類が異なることに留意(実施要領 8 提出書類を確認)すること
提出期限 令和7年7月11日(金) 必着

郵送先 一般社団法人山梨県介護支援専門員協会
〒400-0047 甲府市徳行5-13-5 山梨県医師会館 1階
TEL : 055-222-1661 FAX : 055-222-1671