

令和8年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修 提出書類（表紙）

※提出書類の留意事項：①本紙を表紙にする ②A4サイズに統一 ③クリップ留め

ふりがな	介護支援専門員登録番号（8桁）						
氏名							
内容（網掛け部分は全員提出 + 要件(1)・(2)は該当書類提出）			添付	提出書類			
表紙	提出書類表紙（様式1）			必須	様式1（本紙）		
申込書	受講申込書（様式2）			必須	様式2		
登録証	介護支援専門員証コピー			必須	専門員証（コピー）		
要件(1)	主任研修の修了証書 ※必須（証書コピーを提出）				主任研修修了証明書の添付 有 ・ 無 （※どちらかに○）		
	研修修了	①主任研修受講年度 _____ 年度 ②主任研修修了年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ③主任介護支援専門員の有効期間満了日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ④介護支援専門員証の有効期間満了日 _____ 年 ____ 月 ____ 日					
要件(2)	受講要件を満たすことを証明する書類 ※必須 ※次の①～⑤の該当欄に○を記入し、書類を提出			該当欄	提出書類		
	受講要件	①介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者			様式3 又は 様式4		
		②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者			様式5 及び受講証明書 又は 受講証明できるもの		
		③日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者			様式6		
		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			取得証明書（コピー）		
		⑤次の要件に該当し、主任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として都道府県が認める者 （ア）現に地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属されている者で、地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者として市町村の推薦を受けた者			様式7 及び 指導・支援事例 の個別支援記録 2事例		
（イ）地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属予定の者で、介護支援専門員の資格を有し、市町村や在宅介護支援センター、地域包括支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に従事した経験があり、地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者として市町村の推薦を受けた者			様式8 及び 指導・支援事例 の個別支援記録 2事例				
受講希望の日程：第一希望（ ）組 ・ 第二希望（ ）組							

※要件(1)・要件(2)の両方を満たす者が対象となります。

令和8年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修（受講申込書）

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会 宛

令和 年 月 日

【受講申込者の情報】 ※全ての項目に記入

ふりがな							
氏名							
生年月日	年	月	日	性別	男・女		
介護支援専門員 登録番号(8桁)							
自宅住所 連絡先	〒 —						※必ず記入
	TEL : — —			FAX : — —			
携帯番号	— —						※必ず記入
パソコンメールアドレス	@						※修了評価で使用 必ず記入
基礎資格 (○で囲む)	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.保健師 5.助産師 6.看護師 7.准看護師 8.理学療法士 9.作業療法士 10.社会福祉士 11.介護福祉士 12.視能訓練士 13.義肢装具士 14.歯科衛生士 15.言語聴覚士 16.あん摩マッサージ指圧師・はり・きゅう師 17.柔道整復師 18.栄養士 19.管理栄養士 20.精神保健福祉士 21.訪問介護員 22.その他()						
介護支援専門員 としての業務に 従事した職歴	勤務期間(年月日)	事業所名		常勤・非常勤	専従・兼務(兼務内容)		
	～			常・非	専・兼 ()		
	～			常・非	専・兼 ()		
	～			常・非	専・兼 ()		
	※通算計 (計 年 ヶ月)			※常勤専従期間 (計 年 ヶ月)			

【所属の情報】 ※全ての項目に記入

法人名						
事業所名						
	事業所番号：					
所属長氏名				所属長役職		
事業所所在地 連絡先	〒 —					
	TEL : — —			FAX : — —		
常勤の介護支援 専門員数	人 (本人含む)			主任介護支援専門員	人	
特定事業所加算の 届出	①届出済み (I・II・III) ②予定あり (今年度中) ③予定なし					

令和 8 年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
講師・ファシリテーター 経歴書

※対象となるのは過去 3 か年度のものに限ります。

※地域ケア会議のアドバイザーは要件を満たしません。

研修日時	介護支援専門員 法定研修名 (該当研修に○)
<p>令和</p> <p>年 月 日</p> <p>(: ~ :)</p> <p>担当時間数</p> <p>() 時間</p>	<p>実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 ()</p> <p>※自身の役割 (科目名や内容等を具体的に記載)</p>
<p>令和</p> <p>年 月 日</p> <p>(: ~ :)</p> <p>担当時間数</p> <p>() 時間</p>	<p>実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 ()</p> <p>※自身の役割 (科目名や内容等を具体的に記載)</p>
<p>令和</p> <p>年 月 日</p> <p>(: ~ :)</p> <p>担当時間数</p> <p>() 時間</p>	<p>実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 ()</p> <p>※自身の役割 (科目名や内容等を具体的に記載)</p>