

専門研修課程 I 【56時間】

【介護支援専門員証の有効期間満了日が令和10年1月以降の方】

「令和8年度介護支援専門員専門研修 課程 I」受講申込書

1	申込者（受講希望者） 次の項目にご記入ください。		記入日	令和	年	月	日
申込者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			電話番号			
	受講形態	集合研修 ・ オンライン研修	メールアドレス (集合研修の方も記入必須)				
	住所	〒 -					
	介護支援専門員登録番号	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。			有効期間満了日	登録都道府県	
				年	月	日	<input type="checkbox"/> 大分 <input type="checkbox"/> その他 ()
現勤務先	事業所名						
	所在地	〒 -	電話番号				
基礎資格 (該当するものに○印を してください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助・介護等業務従事者 8 その他 ()						

別紙「大分県介護支援専門員法定研修の受講にかかる遵守事項」の内容を遵守することに同意します。

※「同意する」にチェックがない場合はお申し込みできません。

同意する

2-① 実務経験総年数	年	ヶ月	2-② 現介護支援専門員証有効期間内 (5年間)の実務経験年数	年	ヶ月
2-③ 介護支援専門員として実務従事状況 (該当するものに○印を してください。)			現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない		
2-④ 現介護支援専門員証有効期間内 (5年間)の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)					
勤務期間			介護保険事業所・施設名		
例：令和●●年●月●日～令和●●年●月●日			例：介護支援事業所●●		
計 年 月					

介護支援専門員専門研修 課程 I の受講対象者を上記のとおり申込みます。

また、上記の受講対象者は当介護保険事業所において現に介護支援専門員として従事していることを証明します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長 殿

(事業所名)

(管理者)

印

*本申込書と「介護支援専門員証の写し」を郵送で送付してください。申込締切日：令和8年4月24日（金）

【介護支援専門員証の有効期間満了日が令和9年12月31日以前の方】

更新研修課程Ⅰ【56時間】

「令和8年度介護支援専門員更新研修 課程Ⅰ」受講申込書

1	申込者（受講希望者）	次の項目にご記入ください。	記入日	令和	年	月	日
申込者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成	年	月	日
	受講形態	集合研修 ・ オンライン研修	電話番号				
	住所	〒 -					
	介護支援専門員登録番号	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。			有効期間満了日	登録都道府県	
				年	月	日	<input type="checkbox"/> 大分 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現勤務先	事業所名						
	所在地	〒 -	電話番号				
基礎資格 (該当するものに○印を してください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助・介護等業務従事者 8 その他（ ）						
別紙「大分県介護支援専門員法定研修の受講にかかる遵守事項」の内容を遵守することに同意します。 ※「同意する」にチェックがない場合はお申し込みできません。							<input type="checkbox"/> 同意する

2-① 実務経験総年数	年	ヶ月	2-② 現介護支援専門員証有効期間内 (5年間)の実務経験年数	年	ヶ月
2-③ 介護支援専門員として実務従事状況 (該当するものに○印をしてください。)			現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない		
2-④ 現介護支援専門員証有効期間内(5年間)の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)					
勤務期間			介護保険事業所・施設名		
例：令和●●年●月●日～令和●●年●月●日			例：介護支援事業所●●		
計 年 月					

*本申込書と「介護支援専門員証の写し」を郵送で送付してください。申込締切日：令和8年4月24日（金）

専門研修課程Ⅱ【32時間】

【介護支援専門員証の有効期間満了日が令和10年1月以降の方】

「令和8年度介護支援専門員専門研修 課程Ⅱ」受講申込書

1 申込者（受講希望者） 次の項目にご記入ください。		記入日	令和 年 月 日
申込者	フリガナ	生年月日	昭和 年 月 日
	氏名		平成 年 月 日
	希望組	電話番号	
	住所	メールアドレス (集合研修の方も記入必須)	
	介護支援専門員登録番号	有効期間満了日 年 月 日	
*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。		登録都道府県 <input type="checkbox"/> 大分 <input type="checkbox"/> その他()	
現勤務先	事業所名		
	所在地	〒 -	電話番号
基礎資格 (該当するものに○印を してください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助・介護等業務従事者 8 その他()		
別紙「大分県介護支援専門員法定研修の受講にかかる遵守事項」の内容を遵守することに同意します。 ※「同意する」にチェックがない場合はお申し込みできません。			<input type="checkbox"/> 同意する

2-① 課程Ⅰの履修状況について	年 研修	履修済み・受講予定
2-② 実務経験総年数	年 ヶ月	2-③ 主任介護支援専門員の有無
2-④ 介護支援専門員として実務従事状況 (該当するものに○印をしてください。)		有 ・ 無
2-⑤ 現介護支援専門員証有効期間内（5年間）の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)		現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない
勤務期間	介護保険事業所・施設名	
例：令和●●年●月●日～令和●●年●月●日	例：介護支援事業所●●	
計 年 月		

3 大分県介護支援専門員協会が実施する「主任介護支援専門員更新研修」の申し込みをされる方は、右の「併願申込中」に○をつけてください。(大分県ケアマネ協会に別途申込が必要です。)	<input type="checkbox"/> 併願申込中
--	--------------------------------

介護支援専門員専門研修 課程Ⅱの受講対象者を上記のとおり申込みます。
また、上記の受講対象者は当介護保険事業所において現に介護支援専門員として従事していることを証明します。
令和 年 月 日
社会福祉法人 大分県社会福祉協議会会長 殿
(事業所名)
(管理者) 印

*本申込書と「介護支援専門員証の写し」を郵送で送付してください。申込締切日：令和8年4月24日（金）

【介護支援専門員証の有効期間満了日が令和9年12月31日以前の方】

更新研修課程Ⅱ【32時間】

「令和8年度介護支援専門員更新研修 課程Ⅱ」受講申込書

1	申込者（受講希望者） 次の項目にご記入ください。	記入日	令和 年 月 日	
申込者	フリガナ	生年月日	昭和 年 月 日	
	氏名		平成 年 月 日	
	希望組	1組（集合研修）・2組（オンライン研修）	電話番号	
	住所	〒 -		
	介護支援専門員登録番号	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。		メールアドレス (集合研修の方も記入必須)
現勤務先	事業所名	有効期間満了日	登録都道府県	
	所在地	年 月 日	<input type="checkbox"/> 大分 <input type="checkbox"/> その他()	
基礎資格 (該当するものに○印を してください。)	1 医師、歯科医師 2 薬剤師 3 保健師、助産師、(准)看護師 4 理学療法士、作業療法士 5 社会福祉士 6 介護福祉士 7 相談援助・介護等業務従事者 8 その他()			
別紙「大分県介護支援専門員法定研修の受講にかかる遵守事項」の内容を遵守することに同意します。 ※「同意する」にチェックがない場合はお申し込みできません。			<input type="checkbox"/> 同意する	

2-① 課程Ⅰの履修状況について	年 研修 履修済み・受講予定		
2-② 実務経験総年数	年 月 日	2-③ 主任介護支援専門員の有無	有 ・ 無
2-④ 介護支援専門員として実務従事状況 (該当するものに○印をしてください。)	現在、実務に従事している ・ 現在、実務に従事していない		
2-⑤ 現介護支援専門員証有効期間内（5年間）の介護支援専門員として従事した職歴 (※起算日は、介護支援専門員証の有効期間満了日から5年前の日)			
勤務期間	介護保険事業所・施設名		
例：令和●●年●月●日～令和●●年●月●日	例：介護支援事業所●●		
計 年 月			

3 大分県介護支援専門員協会が実施する「主任介護支援専門員更新研修」の申し込みをされる方は、右の「併願申込中」に○をつけてください。(大分県ケアマネ協会に別途申込が必要です。)	<input type="checkbox"/> 併願申込中
--	--------------------------------

*本申込書と「介護支援専門員証の写し」を郵送で送付してください。申込締切日：令和8年4月24日（金）