

(様式1)

申込締切：6月28日（郵送または持参）

令和6年度主任介護支援専門員研修 受講申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	昭和 平成 年 月 日生
			介護支援専門員登録番号 ※8桁
登録都道府県 〔該当を○で囲む〕	1 島根県 2 島根県以外 ()	介護支援専門員証の有効期間満了日	
		平成・令和 年 月 日	
受講決定送付先	〒 携帯電話番号 (ある方のみ)		
勤務先	法人名		
	事業所名		
	介護保険事業番号	※勤務先が介護保険事業所の場合は必ずご記入ください	
	所在地等	〒	
	電話	FAX (緊急連絡先)	

介護支援専門員実務経験（見込）証明書

令和 年 月 日

上記の者の介護支援専門員としての実務経験を以下のとおり証明します。

実務経験期間	自 年 月 日	
	至 年 月 日 (年 ヶ月)	
上記期間における 就業状況	1 専任 2 管理者（同一事業所）との兼任 3 両方 ⇒専任期間（ ヶ月）・兼任期間（ ヶ月）	
証明者	従事事業所名	
	事業所所在地	
	代表者氏名	
	電話番号	

※注意事項

- 複数の期間や事業所を通算する場合は、様式2の証明書をコピーしてご使用ください。
- 専任とは常勤専従を指します。
- 居宅介護支援事業所管理者以外の職種を兼務している期間は、従事期間に含めることができません。
- 記載事項に虚偽の内容が認められた場合は、受講又は修了取り消しの措置をとることがあります。