

【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	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	*必ず介護支援専門員証の写しを添付してください。	
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 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 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）

【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	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	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）