

群馬県社会福祉協議会会長 様

## 受 講 要 件 申 告 書

本研修の受講要件について、下記のとおり該当するので、添付書類を添えて申告します。

令和 年 月 日

氏 名

介護支援専門員  
登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--

## 記

該当項目にチェックし、確認できる書類を添付してください。

- ① 介護支援専門員に係る研修の講師やファシリテーターの経験がある者  
⇒ 確認書類【様式3】、及び主催者からの講師等依頼文（研修の内容がわかるもの）等
- 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に年4回以上参加した者  
⇒ 添付書類【様式4-A】及び法定外研修受講記録簿【様式4-B】に記入の上、研修受講日、内容、時間数が確認できる資料、受講を確認できるものを添付すること
- 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  
⇒ 添付書類【様式5】  
大会等において発表したことがわかるもの
- 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  
⇒ 添付書類  
※ 認定ケアマネジャー認定証（写）  
A4用紙にコピーしてください。
- ⑤ 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、群馬県が適当と認める者  
5年以内に群馬県社協が実施した介護支援専門員実務研修の実習指導者研修を受講し、かつ5年以内に当該介護支援専門員実務研修の実習指導を計2年以上にわたり受講者5人以上に行った経験を有する者  
⇒ 添付書類 介護支援専門員実務研修実習受入証明書の写し