

令和3年度 愛知県介護支援専門員更新研修(実務未経験者)・再研修受講申込書

提出期限：令和3年9月30日(木)【消印有効】FAX不可

提出日：令和 年 月 日

介護支援専門員証		添付書類：必須(いずれかひとつ)		受付整理番号	
登録番号	有効期間満了日	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(写し) 専門員証が無い場合は、 <input type="checkbox"/> 登録証明書(写し) <input type="checkbox"/> 登録番号等通知書(写し)(※1)			
現在の登録都道府県 都道府県	令和 年 月 日				
フリガナ		性別	生年月日		年齢
氏名 氏名変更有の場合添付書類必須(※2)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S・H	年 月 日生	歳
基礎資格 該当するものに☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 1 医師	<input type="checkbox"/> 7 准看護師	<input type="checkbox"/> 13 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 19 社会福祉士	
	<input type="checkbox"/> 2 歯科医師	<input type="checkbox"/> 8 理学療法士	<input type="checkbox"/> 14 あん摩マッサージ指圧師	<input type="checkbox"/> 20 介護福祉士	
	<input type="checkbox"/> 3 薬剤師	<input type="checkbox"/> 9 作業療法士	<input type="checkbox"/> 15 はり師	<input type="checkbox"/> 21 精神保健福祉士	
	<input type="checkbox"/> 4 保健師	<input type="checkbox"/> 10 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 16 きゅう師	<input type="checkbox"/> 22 相談援助業務従事者	
	<input type="checkbox"/> 5 助産師	<input type="checkbox"/> 11 義肢装具士	<input type="checkbox"/> 17 柔道整復師	<input type="checkbox"/> 23 介護業務従事者	
	<input type="checkbox"/> 6 看護師	<input type="checkbox"/> 12 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 18 栄養士・管理栄養士		
郵便番号	〒 -		市町村コード★コード表参照		
現住所	都道府県 市郡 区町村		マンション名		
研修案内等誤送付防止のため「丁目」「番地」など詳細までご記入ください	携帯電話	-	電話()	-	
受講する研修 内容確認のうえ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験者) → <input type="checkbox"/> 現在の有効期間内において介護支援専門員の実務従事期間がない(※3)かつ <input type="checkbox"/> 有効期間満了日が令和4年4月1日から令和5年3月31日までである(※4)				
	研修修了状況【該当者のみ】 →	<input type="checkbox"/> 専門(課程Ⅰ) <input type="checkbox"/> 専門(課程Ⅱ) <input type="checkbox"/> 更新研修(実務経験者)【53時間・20時間・88時間・32時間】 <input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験者) <input type="checkbox"/> 再研修	一番直近で受講したものに☑を入れ、修了証書の写しを添付してください		
	<input type="checkbox"/> 再研修 → <input type="checkbox"/> 令和3年12月31日までに有効期間が満了する				
※該当する方のみ☑及びご記入をお願いします ※再研修対象の方は記入不要です <input type="checkbox"/> 有効期間満了日が令和4年4月1日から令和5年3月31日までの方で遡って5年の間(令和3年9月末まで)に実務従事期間がある 実務従事期間TOTAL 年 月 (年 月から 年 月まで)					<input type="checkbox"/> 特(経験者) <input type="checkbox"/> 特(~3/31)
現勤務先	現勤務先の業種が「医療・介護・福祉」分野以外の方は☑をお願いします。	名称			
	↓ ☑現勤務先(右記)は「医療・介護・福祉」分野以外です。	所在地	(〒 -)	市区町村コード★コード表参照	
		電話() -	勤務先への連絡の可否について☑を入れてください。☐連絡不可		

現在の登録が愛知県以外の方	受講地変更又は登録地変更が必要となります。いずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 受講地変更手続き中 <input type="checkbox"/> 登録地変更手続き中
受講曜日の希望について ・日程割り振りの参考にさせていただきます。 ・希望通りの受講は確約できません。 ・未記入の場合は③となります。	<input type="checkbox"/> ①できれば平日(祝日以外の月曜から金曜)の受講を希望する。 <input type="checkbox"/> ②できれば平日以外(土曜・日曜・祝日)の受講を希望する。 <input type="checkbox"/> ③何曜日でもかまわない。
その他連絡事項	

- ※1 登録番号等通知書は愛知県福祉局高齢福祉課にお問い合わせのうえ、添付していただきますようお願いいたします。
 - ※2 介護支援専門員登録証明書や専門員証の氏名と現在の氏名が違う場合は、公的書類(運転免許証の裏書や戸籍抄本)の写しを添付してください。
注)マイナンバーカード・マイナンバーの入った住民票の写しの受付はできません。
 - ※3 現在の有効期間内において一度でも実務に就いたことのある方は更新研修(実務経験者)の対象となります。
 - ※4 令和4年1月1日から3月31日までに有効期間が満了する方は研修を失念している可能性があります。人材センターまでお問合せください。
- この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。ただし、この研修の目的に沿い、介護保険制度の円滑な運営のため、研修の修了者情報については愛知県に提供されますので、ご承知ください。

～申込書を送る前に必ずチェック✓しましょう～

- 介護支援専門員証（写し）は添付しましたか？介護支援専門員証がない場合は登録証明書（写し）または登録番号等通知書（写し）を添付してください。（登録番号等通知書発行については愛知県福祉局高齢福祉課（Tel.052-954-6289）までお問合せください。）
 - 介護支援専門員登録証明書や専門員証の氏名と現在の氏名が違う場合、公的書類（運転免許証（裏書きの場合は表面の写しも必要）や戸籍抄本等）の写しは添付しましたか？注）マイナンバーカード・マイナンバーの入った住民票の写しの受付はできません。
 - 現住所及び現勤務先の市町村コードは記入してありますか？
 - 受講曜日の希望について☑してありますか？（記入がない場合には「③何曜日でもかまわない」となります）
 - 愛知県登録ですか？登録番号の記入はしましたか？（愛知県登録以外の方は受講地変更又は登録地変更が必要となります）
- ※全ての□にチェックがあることを確認してから封入してください

受講する研修について

更新研修（実務未経験者）を申し込む方

現在の有効期間内において実務従事期間はありますか？

→現在の有効期間内において一度でも実務に就いたことのある方は更新研修（実務経験者）をご受講ください。

- * 令和3年度更新研修（実務経験者）の募集は令和3年4月30日に終了しております。
- * 令和4年度更新研修（実務経験者）は有効期間が令和5年1月1日から12月31日までの方が対象となります。（令和4年3月下旬募集開始予定）
- * 有効期間満了日が令和4年1月1日から12月31日までの方で実務従事期間が短期間であるなど、事由により令和3年度更新研修（実務経験者）を受講していない方は福祉人材センターまでご連絡ください。
- * 有効期間満了日が令和5年1月1日から12月31日までの方で令和3年9月30日時点では実務従事期間が短期間であっても、その後、継続して実務従事予定ならば、令和4年度更新研修（実務経験者）の対象となります。（実務経験者の受講要件については福祉人材センターまでお問合せください。）

有効期間は令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間にありますか？

→令和4年1月1日から3月31日までに有効期間が満了する方は研修を失念している可能性があります。人材センターまでお問合せください。

再研修を申し込む方

令和3年12月31日までに有効期間が満了されますか？

→研修開始時点で、有効期間が切れている方が対象です。（実務の有無は問いません）

★市町村コード表

コード	市区町村	コード	市区町村	コード	市区町村	コード	市区町村	コード	市区町村
1	豊橋市	16	常滑市	31	愛西市	46	東浦町	59	中 区
2	岡崎市	17	江南市	32	清須市	47	南知多町	60	昭和区
3	一宮市	18	小牧市	33	北名古屋市	48	美浜町	61	瑞穂区
4	瀬戸市	19	稲沢市	34	弥富市	49	武豊町	62	熱田区
5	半田市	20	新城市	35	みよし市	50	幸田町	63	中川区
6	春日井市	21	東海市	36	あま市	51	設楽町	64	港 区
7	豊川市	22	大府市	37	長久手市	52	東栄町	65	南 区
8	津島市	23	知多市	38	東郷町	53	豊根村	66	守山区
9	碧南市	24	知立市	39	豊山町			67	緑 区
10	刈谷市	25	尾張旭市	40	大口町	—	名古屋市	68	名東区
11	豊田市	26	高浜市	41	扶桑町	54	千種区	69	天白区
12	安城市	27	岩倉市	42	大治町	55	東 区	70	愛知県以外
13	西尾市	28	豊明市	43	蟹江町	56	北 区		
14	蒲郡市	29	日進市	44	飛鳥村	57	西 区		
15	犬山市	30	田原市	45	阿久比町	58	中村区		

令和3年度愛知県介護支援専門員更新研修（実務未経験者）・再研修 受講申込書記入要領

受講申込書の記入にあたっては、下記を参照の上、ボールペンを使用し、楷書で正確に記入してください。
提出期限：令和3年9月30日（木）[消印有効]までに郵送にてお申し込みください。

介護支援専門員証	登録番号・現在登録のある都道府県・有効期間満了日をご記入ください。 添付書類の確認をしてください。
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> 「登録番号」の欄に記入した番号が記載されている<u>介護支援専門員証</u>の写し、無い場合は<u>介護支援専門員登録番号等通知書</u>又は<u>介護支援専門員登録証明書</u>の写しを添付してください。 <u>介護支援専門員登録番号等通知書</u>については愛知県福祉局高齢福祉課（電話052-954-6289）までお問合せください。（よくある質問Q18参照） 添付した書類の、口にチェックを入れてください。
登録番号	<ul style="list-style-type: none"> <u>介護支援専門員証</u>又は<u>介護支援専門員登録番号等通知書</u>に表示されている登録番号を記載してください。登録番号は8桁の数字からなる番号です。 <u>介護支援専門員証</u>の交付手続きをしていなくて登録番号を確認されていない方は、<u>介護支援専門員登録証明書</u>の番号（○愛○○○○○号）を記載してください。 現在、登録のある都道府県をご記入ください。
有効期間満了日	<ul style="list-style-type: none"> <u>介護支援専門員証</u>又は<u>介護支援専門員登録番号等通知書</u>に表示されている有効期間満了日を記載してください。<u>介護支援専門員登録証明書</u>をお持ちの方は、よくある質問Q17もご参照ください。
受付整理番号	<ul style="list-style-type: none"> 記入しないでください。
氏名	<ul style="list-style-type: none"> 正確な文字を使用し、必ずフリガナも記入してください。 氏名に変更があった場合は、変更の前後が記載されている公的書類（戸籍抄本、運転免許証（裏書の場合は表面も）、年金手帳等）の写しを添付してください。注）マイナンバーカード・マイナンバーの入った住民票の写しの受付はできません。
生年月日 年齢	<ul style="list-style-type: none"> 申込時点の年齢を記載してください。
基礎資格	<ul style="list-style-type: none"> 該当の資格全てに☑を入れてください。
現住所	<ul style="list-style-type: none"> 研修案内等、誤送付防止ため、「郵便番号」から「丁目」「番地」「マンション名及び号室」まで正確な所在地をご記入ください。 研修資料等は、すべて現住所に郵送します（勤務先への送付は不可）ので、記入が不正確ですと郵便物が届かず、受講できなくなる場合があります。 『★市町村コード表』より市町村コードを選択しご記入ください。 書類不備などの連絡をさせていただく場合がございます。携帯番号及び電話番号も忘れずにご記入ください。 専門員証の住所が現住所と異なる場合、公的書類の提出の必要はありません。（研修修了後の更新・再交付手続き時に変更していただけます。）
受講する研修	<p>内容確認のうえ、該当するものに☑を入れてください。</p> <p>更新研修（実務未経験者）の方 介護支援専門員の実務経験がない方で、令和4年4月1日から令和5年3月31日までに有効期間が満了する方が対象です。</p> <p>研修修了状況【該当者のみ】→2回目以降の更新の方は前回受講した研修に☑を入れ、修了証の写しを添付してください。介護支援専門員証交付後、初めての更新の方は記入不要です。 ※修了証を紛失されている方は福祉人材センターまでご連絡ください。 ※<u>実務研修についての記入及び修了証の写しの添付は不要です。</u></p> <p>再研修の方 令和3年12月31日までに有効期間が満了し新たに介護支援専門員証の交付を受けようとする方が対象です。</p>

	<p>【実務従事期間についての留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合や利用者・サービス提供事業者との連絡調整を補助的に行うのみで、サービス計画の作成を行っていなかった場合は、介護支援専門員としての実務には含まれません。 ・指定居宅介護支援事業所においては、基準上、常勤専従の管理者を置くこととなっておりますので、管理者については実務経験があると認められます。 ・地域包括支援センターに配置されている保健師・社会福祉士等についても予防プランの作成を行っていれば、実務経験があると認められます。 ・産休中は実務従事期間に含まれます。育休中は実務従事期間に含まれません。 ・有効期間満了日が令和5年1月1日から12月31日までの方で令和3年9月30日時点では実務従事期間が短期間であっても、その後、継続して実務従事予定ならば、令和4年度更新研修（実務経験者）の対象となります。※見込みでの対象となります。ご自身の今後の実務従事状況によっては対象の範囲ではないこともあります。
<p>現勤務先</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現勤務先の業種が「医療・介護・福祉」以外の方は『<input type="checkbox"/>現勤務先（右記）は「医療・介護・福祉」分野以外です』に<input checked="" type="checkbox"/>をお願いします。 ・現在の勤務先名称を正確に記入してください。 ・勤務先の所在地を記入してください。『★市町村コード表』表により、該当するコードを記入してください。 ・勤務先への連絡の可否に<input checked="" type="checkbox"/>をお願いします。 ・受講決定通知等の送付は勤務先には行いません。
<p>現在の登録が愛知県以外の方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・受講地変更又は登録地変更が必要となります。 ・手続き中のものに<input checked="" type="checkbox"/>をお願いします。
<p>受講曜日の希望について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員更新研修（実務未経験者）・再研修を円滑に実施するうえで、受講日等の決定の参考とするため、ご回答ください。 ・定員の関係上、受講曜日等日程の希望通りになるとは限りませんので、ご承知ください。
<p>その他連絡事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・障害、体調不良等の理由により配慮が必要な場合は、お知らせください。 ・できる限りご事情を配慮しますが、ご希望にお応えできない場合がありますので、あらかじめご承知ください。

宛名にご活用ください。切りとって封筒にはかれないよう貼り付けてください。



〒461-0011

愛知県名古屋市東区白壁1-50

愛知県社会福祉協議会 福祉人材センター
「介護支援専門員
更新研修（実務未経験者）再研修」担当者あて

愛知県介護支援専門員
更新研修（実務未経験者）・再研修申込書在中

令和3年度 愛知県介護支援専門員更新研修(実務未経験者)・再研修受講申込書

提出期限：令和3年9月30日(木)【消印有効】FAX不可

提出日：令和

記入例

介護支援専門員証		添付書類：必須(いずれかひとつ)		受付	
登録番号	有効期間満了日	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(写し) 専門員証が無い場合は、 <input type="checkbox"/> 登録証明書(写し) <input type="checkbox"/> 登録番号等通知書(写し)		専門員証・登録証明書を紛失された方は登録番号等通知書の写しを添付してください。 登録番号等通知書は愛知県福祉局高齢福祉課(TEL052-954-6289)より発行されます。	
現在の登録都道府県 都道府県	令和 年 月 日	性別	生年	日生	歳
フリガナ 氏名 氏名変更の場合添付書類必須(※2)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S・H	年 月 日生	歳
基礎資格 該当するものに☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 1 医師	<input type="checkbox"/> 7 准看護師	<input type="checkbox"/> 13 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 19 社会福祉士	
	<input type="checkbox"/> 2 歯科医師	<input type="checkbox"/> 8 理学療法士	<input type="checkbox"/> 14 あん摩マッサージ指圧師	<input type="checkbox"/> 20 介護福祉士	
	<input type="checkbox"/> 3 薬剤師	<input type="checkbox"/> 9 作業療法士	<input type="checkbox"/> 15 はり師	<input type="checkbox"/> 21 精神保健福祉士	
	<input type="checkbox"/> 4 保健師	<input type="checkbox"/> 10 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 16 きゅう師	<input type="checkbox"/> 22 相談援助業務従事者	
	<input type="checkbox"/> 5 助産師	<input type="checkbox"/> 11 義肢装具士	<input type="checkbox"/> 17 柔道整復師	<input type="checkbox"/> 23 介護業務従事者	
	<input type="checkbox"/> 6 看護師	<input type="checkbox"/> 12 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 18 栄養士・管理栄養士		
郵便番号	資格を複数お持ちの方は該当するもの全てに☑をお願いします。 ※現在の職種をお伺いするものではありません。		市町村コード★コード表参照		
現住所	区 町村	マンション名	市町村コード表からご自宅の市町村に該当するコードをご記入ください。		
研修案内等誤送付防止のため「丁目」「番地」など詳細までご記入ください	携帯電話	電話()	書類不備等の際、連絡させていただきます。繋がりやすい番号をご記入ください。		
受講する研修 内容確認のうへ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験者) → <input type="checkbox"/> 現在の有効期間内において介護支援専門員の実務従事期間がない(※3)かつ <input type="checkbox"/> 有効期間満了日が令和4年4月1日から令和5年3月31日までである(※4)		<input type="checkbox"/> 専門(課程Ⅰ) <input type="checkbox"/> 専門(課程Ⅱ) <input type="checkbox"/> 更新研修(実務経験者)【53時間・20時間・88時間・32時間】 <input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験者) <input type="checkbox"/> 再研修		
	研修修了状況【該当者のみ】 → <input type="checkbox"/> 更新研修(実務経験者)【53時間・20時間・88時間・32時間】 <input type="checkbox"/> 更新研修(実務未経験者) <input type="checkbox"/> 再研修		一番直近で受講したものに☑を入れ、修了証書の写しを添付してください。 左記以外の研修の修了証書(写し)の添付は不要です。		
	<input type="checkbox"/> 再研修 → <input type="checkbox"/> 令和3年12月31日までに有効期間が満了する				
※該当する方のみ☑及びご記入をお願いします ※再研修対象の方は記入不要です					
<input type="checkbox"/> 有効期間満了日が令和4年4月1日から令和5年3月31日までの方で遡って5年の間(令和3年9月末まで)に実務従事期間が満了する					
現勤務先	実務従事期間TOTAL	年 月 日 (年 月 日から 年 月 日まで)	市町村コード表から現勤務先所在地の市町村に該当するコードをご記入ください。		
	現勤務先の業種が「医療・介護・福祉」分野以外の方は☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 現勤務先(※1)は「医療・福祉」分野以外	名称	(〒)	市町村コード★コード表参照	
	所在地	電話()	☑について☑を入れてください。☐連絡不可		
現在の登録地	現勤務先の情報は研修内でのグループ分け等に使用します。現在、休職等で勤務先のない方は記入不要です。 携帯電話・ご自宅の電話においても連絡のとれない際、勤務先に連絡させていただく場合がございます。勤務先への連絡が不可の場合は「勤務先への連絡の可否について」に☑をお願いします。				
受講曜日	必要となります。いずれかに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 登録地変更手続き中 以外の月曜から金曜)の受講を希望する。 (土曜・日曜・祝日)の受講を希望する。				
その他	携帯番号・ご自宅の電話においても連絡のとれない際、勤務先に連絡させていただく場合がございます。勤務先への連絡の可否について」に☑をお願いします。				

※1 登録番号等通知書は愛知県福祉局高齢福祉課にお問い合わせのうえ、添付していただきますようお願いいたします。
 ※2 介護支援専門員登録証明書や専門員証の氏名と現在の氏名が違う場合は、公的書類(運転免許証の裏書や戸籍抄本)の写しを添付してください。
 注)マイナンバーカード・マイナンバーの入った住民票の写しの受付はできません。
 ※3 現在の有効期間内において一度でも実務に就いたことのある方は更新研修(実務経験者)の対象となります。
 ※4 令和4年1月1日から3月31日までに有効期間が満了する方は研修を失念している可能性があります。人材センターまでお問合せください。
 この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。ただし、この研修の目的に沿い、介護保険制度の円滑な運営のため、研修の修了者情報については愛知県に提供されますので、ご承知ください。