

ワークサポートケアマネジャー養成研修

受講同意書

令和 年 月 日

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会 長 柴口 里則 殿

私は、以下の者が表題研修会の受講要件を満たしていることを確認し、受講することに同意します。

勤務先住所 _____
勤務先機関名 _____
管理者氏名 _____

受講者氏名	
所属都道府県協会名	
日本介護支援専門員協会 会員番号（8桁）	
電話番号 （日中連絡先）	
E-mail	

以下の（１）～（３）をすべて満たすことをご確認の上、（２）は該当する□に✓をご記入ください。

（１）一般社団法人日本介護支援専門員協会会員

（２）現在居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員で、以下のうちいずれかに該当すること

□１）主任介護支援専門員

※主任介護支援専門員研修の修了書のコピーの添付をお願い致します。

□２）実務者で実務経験５年以上（経験年数： 年 ヶ月）

※実務の範疇（居宅・施設・包括…）不問

□３）生涯学習体系指導者レベル１または２修了者

（３）勤務先の管理者の了承を得た者