

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