

東京都主任介護支援専門員更新研修 提出書類一覧表 兼 チェック表

<留意事項>

- 証明書等の作成を依頼する際は、必ず証明書発行の趣旨等を受講希望者自身が説明し、依頼してください。
- 管理者の署名が必要な箇所は、必ず管理者が自筆してください。PC等の入力や、代理人による代筆は不可です。
- 申込書の提出は、必ず**事業所ごと**にまとめて「簡易書留」にて郵送してください。

受講希望者氏名:

全員必須書類

確認 ☑欄	添付書類	様式	備考
<input type="checkbox"/>	令和7年度第Ⅱ期 東京都主任介護支援専門員更新研修 受講申込書 兼 同意書	申込様式 主更-1	提出内容について勤務先事業所 管理者の同意の署名(管理者による自署) を得ること。
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し (紛失防止のため、切り取らず、A4サイズの用紙にコピーすること。)	別紙8 (必要に応じて)	A4用紙以外にコピーした場合は別紙8の台紙に貼り付けて提出すること。
<input type="checkbox"/>	主任介護支援専門員研修の修了証書のコピー または 主任介護支援専門員更新研修の修了証書のコピー		複数回受講している場合は 直近のもの を提出すること。

ア～オのうち、ご自身の選択要件の確認欄に☑を入れ、提出書類をご確認ください。

★ご確認ください★ 選択要件オ(ア)に該当するか、はじめに裏面をご確認ください。

確認 ☑欄	添付書類	受講要件	備考
<input type="checkbox"/>	選択要件 ア	都道府県、都内の区市町村及び都内の地域包括支援センターが主催する介護支援専門員に係る研修の企画、講師、ファシリテーターのいずれかの経験がある者	
		以下2つのうち、いずれか1点提出 (提出する書類に☑を記入)	
<input type="checkbox"/>	参考様式1 研修講師等証明書		以下の事項が記載された研修主催者(区市町村又は地域包括支援センターの代表者)が証明する書類(任意様式。ただし、公印のある証明書又は公文書であること。) 【記載事項】 受講希望者名、生年月日又は介護支援専門員登録番号、研修会名、講師等実施日、講師等を担当した研修の主な内容、講師・ファシリテーターの別、研修実施機関名 ※「講師等実施日」は記載がない場合は、確認できる書類を添付してください。 ※「講師等を担当した研修の主な内容」は証明書に記載がない場合は当日のプログラム等研修の主な内容が確認できる書類を添付してください。 東京都福祉保健財団、総合健康推進財団、東京都介護支援専門員研究協議会への証明書発行依頼は別紙6を参照
<input type="checkbox"/>	研修実施機関が証明する書類		
<input type="checkbox"/>	選択要件 イ	国、東京都、都内の区市町村、都内の地域包括支援センター、東京都国民健康保険団体連合会、東京都社会福祉協議会、都内の区市町村社会福祉協議会及び都内の介護支援専門員等の職能団体が開催するケアマネジメントの質の向上を目的とした研修又は主任介護支援専門員として資質向上を図る研修等(法定研修は除く)に、直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和6年度までの期間に毎年度4回以上参加した者 ※新型コロナウイルス感染症に伴う必要研修回数の特例措置を適用する場合は以下オ(イ)参照	
		「イ」を選択した方は全員提出	
<input type="checkbox"/>	研修受講履歴一覧 (申込様式 主更-2)		直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和6年度までの期間に受講した研修を記入してください。
		以下2つのうち、いずれか1点提出 (提出する書類に☑を記入)	
<input type="checkbox"/>	参考様式2 研修受講履歴証明書		【記載事項】 受講希望者名、生年月日又は介護支援専門員番号、研修会名、研修開催日時、研修の主な内容、研修実施機関名 ※「研修の主な内容」は証明書に記載がない場合は当日のプログラム等研修の主な内容が確認できる書類を添付してください。 ※「研修の主な内容」欄に記載された内容だけでは該当研修が確認できない場合は、追加で研修内容等がわかる資料を提出していただく場合があります。 令和6年度に受講したうち 4回分 をご提出ください。
<input type="checkbox"/>	左記の事項が明記された研修実施機関が証明する書類 (任意様式。修了証書の場合は写し可。)		
		上記2点が提出できない場合は、下記の2点を提出	
<input type="checkbox"/>	研修受講記録 (申込様式 主更-3)		【記載事項】 主催者、研修会名、開催日時、研修次第(プログラム)
<input type="checkbox"/>	研修実施機関が発行した開催通知やプログラム等の写し		

<input type="checkbox"/> 選択要件 ウ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会、日本介護支援専門員協会が開催する全国大会、東京都介護支援専門員研究協議会が開催する研究大会又は東京都社会福祉協議会が開催するアクティブ福祉において、ケアマネジメントに関する研究の演習発表等の経験がある者	
<input type="checkbox"/> 抄録の写し	主催者名、開催日時、演題、発表者等が確認できる書類（プログラム等）
<input type="checkbox"/> 選択要件 工 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	
<input type="checkbox"/> 認定証の写し	認定ケアマネジャーは研修受講時に有効であること。
オ 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、東京都が適当と認める者（以下のいずれか）	
<input type="checkbox"/> 選択要件 オ(ア) 都内で現任(常勤専従)の介護支援専門員として勤務している者	
<input type="checkbox"/> 現任及び常勤専従配置証明書 (申込様式 主更-4)	基準日（令和7年8月1日）時点の証明ができること。
<input type="checkbox"/> 選択要件 オ(イ) 新型コロナウイルス感染症の影響による研修中止等のため、令和元年度及び令和2年度において募集要項4(2)イの研修等参加回数を満たさない者で、直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和5年度までの各年度について、以下の3要件を満たす者 i 直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から平成30年度までの期間並びに令和3年度から令和5年度までの期間について、イに定める研修等に毎年度4回以上参加している。 ii 令和元年度において、イに定める研修等に2回以上参加している。 iii 令和2年度において、イに定める研修等に1回以上参加している。 ※詳細は、募集要項4(2)オ(イ)参照	
<input type="checkbox"/> 研修受講履歴一覧 (申込様式主更-2)	「オ(イ)」を選択した方は全員必須 直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和6年度までの期間に受講した研修を記載してください。
以下2つのうち、いずれか1点提出（提出する書類に☑を記入）	
<input type="checkbox"/> 参考様式2 研修受講履歴証明書 <input type="checkbox"/> 左記の事項が明記された研修実施機関が証明する書類 (任意様式。修了証書の場合は写し可。)	【記載事項】 受講希望者名、生年月日又は介護支援専門員番号、研修会名、研修開催日時、研修の主な内容、研修実施機関名 ※「研修の主な内容」は証明書に記載がない場合は当日のプログラム等研修の主な内容が確認できる書類を添付してください。 ※「研修の主な内容」欄に記載された内容だけでは該当研修が確認できない場合は、追加で研修内容等がわかる資料を提出していただく場合があります。 令和6年度に受講したうち 4回分 をご提出ください。
上記2点が提出できない場合は、下記の2点を提出	
<input type="checkbox"/> 研修受講記録 (申込様式 主更-3) <input type="checkbox"/> 研修実施機関が発行し開催通知やプログラム等の写し	【記載事項】 主催者、研修会名、開催日時、研修次第（プログラム）を証明できるもの

当てはまる方のみ

<input type="checkbox"/> 前回主任（更新）研修修了後に他道府県から登録移転した者で、登録移転前の期間において、都の受講要件を満たさないが、登録移転前道府県における主任更新研修の受講要件を満たす者	
以下2点を提出	
<input type="checkbox"/> 登録移転前道府県の主任更新研修受講要件が記載された書類 （研修実施要綱、募集案内等）	
<input type="checkbox"/> 上記の登録移転前道府県の受講要件を満たすことを証する書類	

令和7年度第II期

東京都主任介護支援専門員更新研修 受講申込書兼同意書

令和7年度第II期 東京都主任介護支援専門員更新研修について、研修通知の内容を了解した上で、下記のとおり申し込みます。

1 受講希望者の基本情報

受講希望者本人	フリガナ											生年月日	昭・平	年		月		日																							
	氏名											西暦		年		月		日																							
	住所	〒 - ↑ 和暦・西暦ともにご記載ください。																																							
	介護支援専門員登録番号																	自宅電話		-			-																		
																		携帯電話		-			-																		
	介護支援専門員証有効期間満了日	満了日																主任介護支援専門員有効期間(別紙9を参照)	始												終										
※以下のいずれかに☑してください。登録都道府県が東京都以外の方は以下に署名してください。 <input type="checkbox"/> 東京都登録である。 <input type="checkbox"/> 東京都以外に登録している → 受講地変更又は登録移転の手続きを指定期日までにを行うことを同意します。 (道府県名:) 受講希望者名(必ず直筆):																																									

【提出書類確認欄】

以下の書類を添付し、☑を御記入ください。

不備があった場合、内容によっては書類の再提出等で審査が遅れる可能性があります。

チェック欄	提出書類(詳細は別紙1参照)	注意事項
<input type="checkbox"/>	受講申込書兼同意書(本紙)※裏面あり	誤りや漏れがないようにご記入ください。
<input type="checkbox"/>	別紙1(チェック表)	提出書類について記載されています。選択要件をご確認いただき、ご自身の該当する書類の確認欄に☑を入れたうえでご提出ください。
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し	A4サイズの用紙にコピーしてください。拡大コピーは不要です。紛失防止のため、カードサイズには切り取らないでください。
<input type="checkbox"/>	主任介護支援専門員研修修了証書の写し または 主任介護支援専門員更新研修修了証書の写し	直近のものを添付してください。

2 受講要件(必須要件と選択要件があります。)

(1) 必須要件 実際に勤務している事業所等についてご記入ください。(令和7年8月1日現在)

現在の勤務先	法人名											事業所番号(10桁)											
	事業所名																						
	事業所種別(該当するものに○)	1 地域包括支援センター ・ 2 居宅介護支援事業所 ・ 3 その他()																					
	所在地	〒 -																					
	電話番号																		-			-	
管理者としての配置状況(いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 現在、受講希望者が管理者として配置されている。 <input type="checkbox"/> 現在、受講希望者が管理者として配置されていない。																						

(2) 選択要件

以下のアからオまでのいずれかに該当していることを確認し、該当する要件及び提出書類にチェックをしてください。
なお、複数の要件に該当する場合は、**いずれか1つにチェックしてください。該当項目の数は受講決定の可否に影響しません。**

要件	提出書類(詳細は別紙1参照)
<input type="checkbox"/> ア 都道府県、都内の区市町村及び都内の地域包括支援センターが主催する介護支援専門員に係る研修の企画、講師、ファシリテーターのいずれかの経験がある者	<input type="checkbox"/> 参考様式 1 または <input type="checkbox"/> 研修実施機関からの講師就任依頼書類や研修実施機関が発行した証明書等
<input type="checkbox"/> イ 国、東京都、都内の区市町村、都内の地域包括支援センター、東京都国民健康保険団体連合会、東京都社会福祉協議会、都内の区市町村社会福祉協議会及び都内の介護支援専門員等の職能団体が開催するケアマネジメントの質の向上を目的とした研修又は主任介護支援専門員として資質向上を図る研修等(法定研修は除く)に、直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和6年度までの期間に毎年度4回以上参加した者	<input type="checkbox"/> 研修受講履歴一覧(申込様式 主更-2) + ↳ 「イ」を選択した方は 全員必須 <input type="checkbox"/> 参考様式 2 または <input type="checkbox"/> 原則、令和6年度に受講した研修の研修実施機関が証明する書類 または <input type="checkbox"/> 申込様式 主更-3及び研修実施機関が発行した開催通知やプログラム等の写し
<input type="checkbox"/> ウ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会、日本介護支援専門員協会が開催する全国大会、東京都介護支援専門員研究協議会が開催する研究大会又は東京都社会福祉協議会が開催するアクティブ福祉において、ケアマネジメントに関する研究の演習発表等の経験がある者	<input type="checkbox"/> 抄録の写し 主催者名、開催日時、演題、発表者等が確認できる書類(プログラム等)
<input type="checkbox"/> エ 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	<input type="checkbox"/> 認定証の写し 基準日(令和7年8月1日)時点で有効のもの
主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、東京都が適当と認める者	
<input type="checkbox"/> オ(イ) 基準日(令和7年8月1日)時点で、都内の事業所で常勤専従の介護支援専門員として配置され、勤務している者	<input type="checkbox"/> 申込様式 主更-4
<input type="checkbox"/> オ(ウ) 新型コロナウイルス感染症の影響による研修中止等のため、令和元年度及び令和2年度において募集要項4(2)イの研修等参加回数を満たさない者で、要件を満たす者(要件の詳細は募集要項4(2)オ(イ)参照) i) 直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和元年度までの期間並びに令和3年度から令和5年度までの期間について、4(2)イの研修等に毎年度4回以上参加 ii) 令和元年度において、4(2)イの研修等に2回以上参加 iii) 令和2年度において、4(2)イの研修等に1回以上参加	<input type="checkbox"/> 研修受講履歴一覧(申込様式 主更-2) + ↳ 「オ(イ)」を選択した方は 全員必須 <input type="checkbox"/> 参考様式 2 または <input type="checkbox"/> 原則、令和6年度に受講した研修の研修実施機関が証明する書類 または <input type="checkbox"/> 申込様式 主更-3及び研修実施機関が発行した開催通知やプログラム等の写し

3 受講希望コース → LoGoフォームに入力してください。

4 身体の障害等受講における配慮を希望する場合や、その他特段の事情がある場合は、その内容を記入してください。
(希望なしの場合は空欄)

→ LoGoフォームに入力してください。

5 個人情報の取り扱いへの同意

1. 私は、主任介護支援専門員更新研修修了者としての活動支援のため、研修修了者名簿への記載、介護支援専門員の名簿登録及び区市町村に私の個人情報(氏名・勤務先・勤務先住所・勤務先電話番号・介護支援専門員登録番号・修了証書番号・主任有効期間等)を提供することに同意いたします。
2. 当該研修内で知り得た個人情報について、開示、漏洩又は使用しないことを誓約します。
3. 東京都主任介護支援専門員更新研修を修了し名簿登録された場合は、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりや、介護支援専門員に対する指導・助言等、主任介護支援専門員の役割を実践できる者として区市町村に協力します。

令和 年 月 日 受講希望者氏名(必ず直筆)：

6 申し込みに関する管理者の同意

管理者記入欄 上記の内容をすべて了解し、受講希望者の基本情報等をLoGoフォームに登録したことを確認しました。

令和 年 月 日 管理者署名(必ず直筆)：

東京都主任介護支援専門員更新研修
 研修受講履歴一覧

No.

フリガナ		介護支援専門員登録番号					
受講希望者氏名							

研修の**受講年度が新しい順**(令和6年度、5年度、4年度、3年度、2年度…の順)にご記入ください。

No.	受講年度 (該当に○)	研修名	開催日時	研修主催者名	研修の主な内容	証明書等 提出(※) (該当に○)
1	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
2	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
3	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
4	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
5	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
6	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
7	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			
8	29・30・ 令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和 年 月 日			

※ 証明書類(修了証書、申込様式主更-3、参考様式2)を提出する研修は、「証明書等提出」欄に○をつけてください。

- **直近の主任研修等修了日の属する年度の翌年度から令和6年度までの期間で毎年度4回以上の研修が必要です。**
 (ただし、新型コロナウイルス感染症の影響による特例措置あり(募集要項4(2)オ(イ)参照)
- 「研修の主な内容」欄には、ケアマネジメントの質の向上を目的とした研修又は主任介護支援専門員としての 資質向上を図る研修であることが分かるように具体的に御記載ください。
- 記載する欄が足りない場合、本用紙をコピーし、御使用ください。(その場合は右上に番号を振ってください。)

<記入例>

東京都主任介護支援専門員更新研修
研修受講履歴一覧

No. **1**

フリガナ	トウキョウ ハナコ	介護支援専門員登録番号
受講希望者氏名	東京 花子	1 2 3 4 5 6 7

複数枚ある場合は、枚数を記入する

※研修の**受講年度が新しい順**(令和6年度、5年度、4年度、3年度、2年度、1年度)の順に記載してください。

No.	受講年度 (該当に○)	研修会名	開催年月日	開催場所	研修内容	証明書等提出 (※3) (該当に○)
1	令和元・2・ 3・4・5・6	第1回中規模			基	○
2	令和元・2・ 3・4・5・6	第2回事例検討会	平成	〇〇区介護支援 連絡会	難病の事例における 支援方法について検 討する	○
3	令和元・2・ 3・4・5・6	自 防支			自立支援・重度化防止 について、ケアマネジ メントに関する基本方 針等	○
4	令和元・2・ 3・4・5・6	実務者研修「令和 6年度介護報酬改 定」(オンライン)	平成 6年2月1日～10日 令和	〇〇区	報酬改定において新 設された算定要 件等	○
5	令和元・2・ 3・4・5・6	副題がある場合は記入する				
6	令和元・2・ 3・4・5・6	第2回事例検討会	平成 令和			
7	令和元・2・ 3・4・5・6		平成 令和			
8	令和元・2・ 3・4・5・6	医療連携	平成 令和	年 月 日	〇〇病院	医療連携

【証明書等提出(※3)欄】
令和6年度に5回以上受講していた場合でも、
4回分ご提出ください。

講義視聴方式のオンライン研修で、
視聴期間が定められている場合は、
期間でも記入も可

自立支援・重度化防止
について、ケアマネジ
メントに関する基本方
針等

<研修の主な内容>
研修の具体的な内容が分かるようにご記入ください。
(空欄不可)

※よくない記入例

- ・すべての研修で同じ内容を記入している
- ・研修名を記入している
→研修の内容を記入してください。
- ・「事例検討」と記入している
→事例の内容や検討事項を記入してください。

<不備のある記載例>

医療連携 平成 年 月 日 〇〇病院 医療連携

主催者が対象外である
委託や共済がある場合、わかるように記入してください。
例) 〇〇病院 共催: 東京都

研修会名と同じになっている
研修の内容を具体的に記入して
ください。

※1 記載する欄が足りない場合、本用紙をコピーし、併用してください。(その場合は右上に番号を振ってください)

※2 本用紙の研修受講履歴欄は、令和6年度までの期間で記入してください。

※3 本用紙の「証明書等提出」欄は、「証明書等提出」欄に記載されている研修会名と一致する研修会名を記入してください。

※4 本用紙の「研修内容」欄は、研修の具体的な内容を記入してください。

東京都主任介護支援専門員更新研修
 研 修 受 講 記 録

フリガナ		介護支援専門員登録番号						
受講希望者氏名								
研修会名	開催日			研修主催者名				
	平成	年	月	日				
	令和							

1 研修概要および研修を受講した感想・得られたこと

2 添付資料

研修実施機関が発行した以下の事項が確認できる書類（開催通知やプログラム等の写し）を添付してください。

【記載事項】

主催者名、研修会名、開催日時、研修次第（プログラム）がわかるもの

令和 年 月 日

管理者署名（必ず直筆）： _____

東京都主任介護支援専門員更新研修
現任及び常勤専従配置証明書

令和 年 月 日

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名

社名入り
の印
(実印か角印)

担当者氏名
連絡先電話番号

下記の者は、標記研修の受講を申し込むに当たり、**基準日(令和7年8月1日)時点**において、**常勤専従の介護支援専門員として配置され、勤務していること**を証明します。

フリガナ			介護支援専門員登録番号																	
受講希望者氏名																				
事業所名																				
	事業種別		事業所番号 (10桁)																	
所在地	〒		-																	
常勤専従の 介護支援専門員 として配置されて いる期間	平成		年		月		日	～	令和		7	年		8	月		1	日	※	
	令和		通算	[年		か]	月]											
介護支援専門員 との兼務状況	<input type="checkbox"/> 管理者との兼務なし <input type="checkbox"/> 上記事業所の管理者との兼務あり <input type="checkbox"/> その他 ()																			

【注意事項】

- ※ 基準日時点の証明書であるため、**あらかじめ「～令和7年8月1日」と記載して**あります。
- **太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。**
必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。ただし、申込者と証明権限を有する者と同一の場合を除きます。
- 内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。