

提出時にこのチェック表を
必ず同封してください

東京都主任介護支援専門員研修 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。
『実務経験証明書』依頼の際には、「別紙4」及び「申込様式 主－3」も併せてお渡しください。
- 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：

確認 ☑欄	対象者	要件等		添付書類	様式	備考
				提出書類 【必須書類】		
☐	全員			令和7年度第Ⅱ期 東京都主任介護支援専門員研修受講申込書 兼 同意書	申込様式 主－1	提出内容について勤務先事業所 管理者の同意の署名(管理者による直章署名) を得ること。
☐	全員			介護支援専門員証のコピー	別紙6 (必要に応じて)	紛失防止のため、切り取りはおこなわずA4サイズの用紙にコピーすること。 A4用紙以外にコピーした場合は別紙6の台紙に貼り付けて提出すること。

確認 ☑欄	対象者	要件等	☑欄	添付書類	様式	備考
	提出書類 【選択必須】			修了証は全体が確認できるようにコピーをとること。		
	1 A～Gのうち、ご自身が受講した研修パターンの確認欄に☑を入れ、修了証のコピーをご用意ください。					
☐	パターンA 専門研修Ⅰ※ ＋ 専門研修Ⅱ		☐ ☐ ☐ ＋ 専門研修Ⅱ(直近の修了証のコピーを 全員 添付)	以下3つのうち受講した研修に☑ 専門研修Ⅰ 現任研修基礎課程Ⅰ 現任研修基礎課程Ⅱ	各修了証の コピー	※専門研修Ⅰと同等の研修 現任研修基礎課程Ⅰ又はⅡ 専門研修Ⅱは全員必須
				＋ 専門研修Ⅱ(直近の修了証のコピーを 全員 添付)		
☐	パターンB 専門研修Ⅰ※ ＋ 更新研修20時間 または 32時間		☐ ☐ ☐ ＋ 更新研修20時間 更新研修32時間(直近の修了証のコピーを添付)	以下3つのうち受講した研修に☑ 専門研修Ⅰ 現任研修基礎課程Ⅰ 現任研修基礎課程Ⅱ	各修了証の コピー	※専門研修Ⅰと同等の研修 現任研修基礎課程Ⅰ又はⅡ
			以下2つのうち受講した研修に☑ 更新研修20時間 更新研修32時間			
☐	パターンC 更新研修53時間 または 88時間		☐ ☐	以下2つのうち受講した研修に☑ 更新研修53時間 更新研修88時間	修了証の コピー	
	2 A～ウのうち、ご自身の選択要件の確認欄に☑を入れ、提出書類を確認				従事期間にかかわらず、基準日時点の勤務先の証明は必要である。	
☐	選択要件 ア	専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60か月)以上あること。				
		☐	実務経験証明書 総括表	申込様式 主－2	記載例①を参照	
		☐	実務経験証明書	申込様式 主－3	記載例②を参照	
☐	選択要件 イ	専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36か月)以上あること。				
	<u>・ケアマネジメントリーダーの方</u>				修了証の コピー	国もしくは都道府県が実施したケアマネジメントリーダー養成研修を修了している方
		☐	ケアマネジメントリーダー養成研修修了証書	申込様式 主－2	記載例①を参照	
		☐	実務経験証明書 総括表	申込様式 主－3	記載例②を参照	
		☐	実務経験証明書	申込様式 主－3	記載例②を参照	
	<u>・認定ケアマネジャーの方</u>				修了証の コピー	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の方 認定証が研修受講時に有効期限内であること。
		☐	認定ケアマネジャー認定証	申込様式 主－2	記載例①を参照	
		☐	実務経験証明書 総括表	申込様式 主－3	記載例②を参照	
		☐	実務経験証明書	申込様式 主－3	記載例②を参照	
☐	選択要件 ウ	主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者。				
		☐	地域包括支援センターにおける配置証明書	申込様式 主－4		

当てはまる方のみ

☐	氏名変更があった方	上記で提出する各種修了証書や認定ケアマネジャー認定証に記載された氏名と、現在登録している氏名が一致しない場合で、修了証書や認定証に介護支援専門員の登録番号の記載がない場合に提出してください。			
		☐	戸籍抄本(コピー可)	発行日より3か月以内のもの。介護支援専門員の登録番号が記載されている場合は、戸籍抄本の提出は不要。	

※管理者の方が内容を確認し、直筆署名の上、ご提出ください。（署名箇所が裏面にあります）

令和7年度第Ⅱ期 東京都主任介護支援専門員研修 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 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	
	自宅住所	〒 -													↑ 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	交付 年月日	令和		年		月		日	満了日	令和		年		月		日	
※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直筆署名してください。																	
☐ 東京都に登録している																	
☐ 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行うことを同意します。																	
(道府県名:) 受講希望者名(必ず直筆):																	

2 受講要件

(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。

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☑)		☐ 現在、受講希望者が管理者として配置されている。 ☐ 現在、受講希望者が管理者として配置されていない。									

3 提出書類

【必須要件の書類】以下の書類を添付し、☒をご記入ください。

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。

提出書類		注意事項
☐	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。
☐	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。
☐	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。

裏面へ続く

【選択要件の書類】

(1)研修要件 A～Cのうち、ご自身が受講した研修パターンの確認欄に☑を入れ、該当箇所のご記入と写しの添付をお願いします。複数回受講している場合は直近に受講した研修のものを提出ください。実務従事者基礎研修は該当しませんのでご注意ください。

確認欄	修了研修の提出パターン	受講都道府県	修了(予定)年月日 (和暦で記入)	修了番号 (左上部に記載されている番号を記入下さい。記載のない場合はブランクで可)
□ A	専門研修Ⅰ (又は現任研修基礎課程Ⅰ又はⅡ)		年 月 日	
	専門研修Ⅱ		年 月 日	
□ B	専門研修Ⅰ (又は現任研修基礎課程Ⅰ又はⅡ)		年 月 日	
	更新研修(20時間又は32時間)		年 月 日	
□ C	更新研修(53時間又は88時間)		年 月 日	

修了証書の交付後、氏名の変更があった場合で、修了証書にケアマネ登録番号の記載がない場合

□ 戸籍抄本(写し可)

(2)選択要件 ア～ウのうち、ご自身の選択要件の確認欄に☑を入れ、提出書類を添付してください。

確認欄	要件	提出書類確認欄 ※詳細は別紙1(チェック表)を参照
□ ア	専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60か月)以上ある。	□ 実務経験証明書 総括表 及び 実務経験証明書(原本のみ有効、電子印不可)
□ イ	国もしくは都道府県が実施したケアマネジメントリーダー養成研修を修了しているか、又は、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であって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36か月)以上ある。	□ 実務経験証明書 総括表 及び 実務経験証明書(原本のみ有効、電子印不可) □ ケアマネジメントリーダー養成研修修了証の写し又は日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写し
□ ウ	現に地域包括支援センターで「主任介護支援専門員に準ずる者」として配置されている。	□ 地域包括支援センターにおける配置証明書(原本のみ有効、電子印不可)

4 受講希望コース → LoGoフォームにてご入力ください。

5 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)

内容:

6 個人情報の取り扱い及び区市町村への協力に関する同意

1. 私は、主任介護支援専門員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实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) :

7 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ました。
	□ 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研修
実務経験証明書総括表

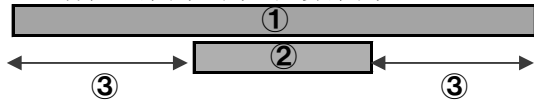
フリガナ		介護支援専門員登録番号
受講希望者氏名		

【注意事項】

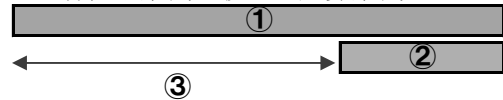
1. 実務従事期間が古い順に記入してください。
2. 過去の証明書において5年以上又は3年以上の従事期間を証明できていたとしても、令和7年6月1日現在の勤務先の証明書は必要です。
3. 通算した従事期間のうち、1か月に満たない部分は切り捨てます。
4. 事業所欄が不足する場合は、コピーをして使用してください。

除算期間がある場合の通算期間の計算方法

・実務従事期間の間に除算期間がある



・実務従事期間の後ろに除算期間がある



No.	事業所名	①実務従事期間 ②除算期間 ③算定対象期間	通算期間
1		① 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ② (除算期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③ 年 月 ～ 年 月	年 か月
2		① 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ② (除算期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③ 年 月 ～ 年 月	年 か月
3		① 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ② (除算期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③ 年 月 ～ 年 月	年 か月
4		① 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ② (除算期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③ 年 月 ～ 年 月	年 か月
5		① 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ② (除算期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③ 年 月 ～ 年 月	年 か月
6		① 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ② (除算期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ③ 年 月 ～ 年 月	年 か月
			実務従事期間 合計
こちらのNo.を主－3 右上の『総括表No.』に忘れずにご記入ください。 総括表が複数枚になる場合は、No.を適宜書き換えてください。			年 か月

《複数の実務経験証明書が必要なときは、コピーして使用してください。》

申込様式 主－3

【受講希望者の方へ】主－2『総括表』と対応する番号をお書きください

⇒ 総括表No.

東京都主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

令和 7 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(書類のお問い合わせ先):

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6月1日)までの期間において、**介護支援専門員**として、以下のとおり勤務した経験を有す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										
所在地	〒		－												
介護支援専門員として従事していた期間・割合を記載してください。															
勤務形態等 (該当に○)	常勤・非常勤				専従・非専従(兼務あり)										
介護支援専門員 実務従事期間	平成 令和		年		月		日	～	平成 令和		年		月		日(※4)
	(上記のうち、病休等により実務に従事していなかった期間がある場合は以下に記載してください)														
			年		月		日	～			年		月		日
専従に○をした方は「10」と記入⇒											割合		割		

非専従(介護支援専門員と別の職種を兼務)の場合、その職種・期間・割合を記載してください。

職種															
期間	平成 令和		年		月		日	～	平成 令和		年		月		日
											割合		割		

備考欄										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【注意事項】

- ※1 受講希望者が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が必ず作成してください。(受講希望者と証明権限を有する者とは同一の場合を除く。)
- ※2 実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- ※3 管理者と介護支援専門員の兼務は、専任の介護支援専門員としての期間に算入することができます。
- ※4 現在の勤務先である事業所が作成する際は、基準日時点で勤務していることがわかるよう「～令和7年6月1日」と記載してください。
- ※5 日付は、和暦(平成・令和)で記載をお願いします。
- ※6 割合は、合わせて10割になるようにご記入をお願いします。

東京都主任介護支援専門員研修 地域包括支援センターにおける配置証明書

令和 7 年 月 日

所在地

地域包括支援センター名

センター長氏名

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 6 月 1 日）**において、**主任介護支援専門員に準ずる者**として、当地域包括支援センターに配置され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										
主任介護支援専門員に準ずる者として配置された期間	平成									令和 7 年 6 月 1 日 (基準日)

【注意事項】

- ※1 受講希望者が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が必ず作成してください(受講希望者と証明権限を有する者とが同一の場合を除く)。
- ※2 実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- ※3 日付は、和暦(平成・令和)で記載をお願いします。

- 介護支援専門員証を**A4用紙**にコピーする場合は、本台紙に貼り付ける必要はありませんので、**A4用紙のままご提出ください**。
- また、A4用紙にコピーする場合、拡大コピーする必要はありません。
- 介護支援専門員証のコピーをカードサイズに切り取った場合や、A4用紙以外のサイズの用紙にコピーした場合は、紛失防止のため、以下の枠内に貼り付けて提出してください。

受講希望者氏名: _____

介護支援専門員登録番号(8桁): _____

・はがれないようにのりで貼り付けしてください。