

介護支援専門員研修受講申込手続きの流れについて

緊急情報 ● 2026年1月6日に鳥取県・鳥根県を震源として発生した地震について 【1月30日現在】



ともに生きる

- 社会福祉協議会について
- 財源について
- 賛助会員のご案内
- 広報
- 交通アクセス

知る・調べる	相談する	参加する	利用する
--------	------	------	------

- 地域福祉の推進
- ボランティア
- 鳥取県家賃債務保証事業
- シニア活躍総合相談窓口
- 介護等の体験
- 県民総合福祉大会
- 長寿社会づくり（鳥取ことぶきネット）
- 講座・研修情報
- あいサポート運動
- 介護支援専門員実務研修受講試験
- 【給付事業】鳥取県ひとり親家庭等高等教育進学支援資金
- 交通通児激励金のご案内
- 福祉サービスの評価
- ホームページバナー広告募集
- 鳥取県立福祉人材研修センターのご案内
- 各種貸出【ビデオ・ニュースポーツ・福祉体験用具】
- 【貸付事業】鳥取県介護福祉士等修学資金のお知らせ
- 【貸付事業】ひとり親家庭高等職業訓練促進資金貸付事業のご案内
- 【貸付事業】児童福祉施設退所者等に対する自立支援資金貸付制度のご案内

①「鳥取県社会福祉協議会」のホームページ (<https://www.tottori-wel.or.jp>) を開きます。

②ホームページを下に移動していただくと右側に「介護支援専門員研修(ケアマネ研修)」の表示が現れますのでクリックしてください。

※赤丸表示部分

地域における公益的な取組
生計困難者等に対する相談支援事業
(えんくるり事業)

災害福祉支援センター

とっとりボランティアバンク

とっとりいきいきシニアバンク「生涯現役」

鳥取県保育士・保育所支援センター

福祉の職場 求人情報

鳥取県福祉研究会

助成金情報

福祉人材研修センター

職員募集のご案内

[新着情報](#) [一覧を見る](#)
[イベントカレンダー](#) [一覧を見る](#)

2026/02/12 介護支援専門員実務研修2/17(火)【乙】 ▶ 週間 ▶ 月間 ▶ 年間



③受講したい「研修名」をクリックしてください。



④「受講申込」をクリックしてください。受講申込用の専用入力フォームに移行します。
(次ページ参照)

⑤主任研修および主任更新研修の申込は、申込用専用フォームへの入力と併せて提出が必要な書類があります。
各ページより「受講申込提出書類様式」をクリックし、必要な様式をダウンロードして作成・提出してください。



主任介護支援専門員更新研修 受講申込

以下の項目にご入力の上、「内容を確認する」ボタンを押してください。
受講資格にかかる証明書類を後日郵送してください。
このフォームに入力された個人情報は、本研修の運営管理にのみ利用します。

- 申込する研修が間違いないか**研修名をご確認**ください。
- 「必須」の記載がある項目は必ず入力が必要です。

必須 受講者氏名

鳥取 花子

名字と名前の間に1文字スペースを
空けてご入力ください。

名字と名前の間に1文字スペースを空けてご入力ください。

必須 ふりがな

とっとり はなこ

名字と名前の間に1文字スペースを空けてご入力ください。

必須 生年月日

1987

8

8

必須 介護支援専門員登録番号(8桁)

12345678

半角数字で入力をお願いいたします。

必須 有効期間満了日

2027

1

31

必須 【自宅住所】郵便番号

689-0201

半角数字で入力をお願いいたします。

郵便番号を入力すると「市区町村」部分まで
自動で表示されます。
※半角数字で入力してください。

必須 【自宅住所】都道府県

鳥取県

必須 【自宅住所】市区町村

鳥取市伏野

必須 【自宅住所】丁番

1729-5

【自宅住所】 マンション名等

必須 法人名

社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会



必須 勤務先名

××居宅介護支援センター



必須 【勤務先住所】 郵便番号

689-0201



自宅住所入力と同様です。

半角数字で入力をお願いいたします。

必須 【勤務先住所】 都道府県

鳥取県



必須 【勤務先住所】 市区町村

鳥取市伏野



必須 【勤務先住所】 丁番

1729-5



【勤務先住所】 マンション名等

必須 事業所種別

居宅介護支援事業所



事業所種別その他

前問「事業所種別」で「その他」を選択された方はご入力ください。

必須 【勤務先電話番号】 電話番号

0857-59-6331



※ハイフン付き半角数字で入力してください。

必須 【日中連絡先】 携帯電話等

0857-59-6331



【日中連絡先】は研修受講中等の必要な場合に受講者本人へ連絡がとれる番号を入力してください。

研修受講中の必要な場合等に、連絡がとれる番号を入力して

※半角数字、ハイフン入力

必須 メールアドレス

caremane@tottori-wel.or.jp



[0]と[O]、[1]と[l]など、間違えやすいアルファベット、数字等にご注意ください。

必須 【受講資格（対象者）】主任資格の有効期間満了日

2027

1

31



有効期間満了日が令和9（2027）年1月～令和10（2028）年12月の方が対象です。

必須 【受講資格（対象者）】個別要件

- (1) 直近5年以内に、介護支援専門員支援会議委員、介護支援専門員に係る法定研修の講師・ファシリテーターの経験がある者
- (2) 前年度に、地域包括支援センターや保健・医療・福祉に関する職能団体等が開催する法定外研修に年4回以上参加した者
- (3) 直近5年以内に、日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会または鳥取県福祉研究学会において、ケアマネジメントに関する発表経験のある者
- (4) 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

必須 基礎資格等

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 |
| <input type="checkbox"/> 保健師 | <input type="checkbox"/> 助産師 | <input type="checkbox"/> 看護師 |
| <input type="checkbox"/> 准看護師 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 |
| <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 栄養士(管理栄養士含む) |
| <input type="checkbox"/> その他相談援助職等 | | |

基礎資格等その他

前問「基礎資格等」で「その他」を選択された方はご入力ください。

必須 介護支援専門員としての就労状況

現任

必須 主任資格の更新回数

1



例：初めて主任更新研修を受講する場合「1」を入力

備考

全ての入力が終了しましたら「内容を確認する」をクリックしてください。
※入力漏れや入力ミス等がないか確認をしてください。

内容を確認する

主任介護支援専門員更新研修 受講申込

この内容で送信します。

受講者氏名

鳥取 花子

ふりがな

とっとり はなこ

生年月日

1987年8月8日

介護支援専門員登録番号(8桁)

12345678

有効期間満了日

2027年1月31日

【自宅住所】郵便番号

689-0201

～途中省略～

caremane@tottori-wel.or.jp

【受講資格（対象者）】主任資格の有効期間満了日

2027年1月31日

【受講資格（対象者）】個別要件

(1) 直近5年以内に、介護支援専門員支援会議委員、介護支援専門員に係る法定研修の講師・ファシリテーターの経験がある者

基礎資格等

介護福祉士

基礎資格等その他

介護支援専門員としての就労状況

現任

主任資格の更新回数

1

備考

入力内容を確認後、よろしければ「送信する」をクリックしてください。

なお、ご使用のPCの設定によっては、「戻る」を押下しても入力した内容が全てクリアになる場合がありますので、ご注意ください。

・申込みができましたら、入力いただいたメールアドレスに申込受理の返信メールが届きます。

(noreply@tottori-wel.or.jp より自動返信)