

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

[介護支援専門員研修\(ケアマネ研修\)](#)

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会

HOME お問い合わせ サイトマップ

背景色変更 標準 黒 青 文字サイズ 大 小 もどす

知る・調べる 相談する 参加する 利用する

トップ> 介護支援専門員研修(ケアマネ研修)

この情報の担当は私たちです。
【福祉人材部】

【このページに関するお問い合わせ】
電話:0857-59-6336 FAX:0857-59-6341

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

介護支援専門員研修(ケアマネ研修)

【お知らせ】
各研修に一部 e ラーニングを導入しています。「概要」を必ず確認してください。

- ▶ 介護支援専門員研修 eラーニングの概要
- ▶ eラーニング受講はこちらより（「介護支援専門員オンライン研修」受講システムへ移動します）
- ▶ eラーニング受講者用マニュアル
- ▶ 特定一般教育訓練制度について

法定研修

- ▶ 1 介護支援専門員実務研修（再研修、実務未経験更新研修）
- ▶ 2 介護支援専門員更新研修
- ▶ 3 主任介護支援専門員研修
- ▶ 4 主任介護支援専門員更新研修
- ▶ 各種様式（欠席届・記載事項変更届）

新着情報
イベントカレンダー
事業別一覧

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
鳥取県福祉研究学会
助成金情報
福祉人材研修センター

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)

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会

HOME お問い合わせ サイトマップ

背景色変更 標準 黒 青 文字サイズ 大 小 もどす

知る・調べる 相談する 参加する 利用する

介護支援専門員更新研修

NEW ▶ 令和3年度介護支援専門員更新研修の実施について
研修の実施内容、申込方法等についてはこちらをご確認ください

NEW ▶ **受講申込**
受講申込用の専用入力フォームはこちらです

NEW ▶ 受講者専用

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

新着情報

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。

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。
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使用します。

- 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 介護支援専門員登録番号(8桁)

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

 -- --

必須 受講者氏名

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

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

 -- --

必須 【現住所】郵便番号

半角数字で入力をお願いいたします。

郵便番号は7桁連続で入力してください。

入力すると「市区町村」部分まで自動で表示されます。

必須 【現住所】都道府県

必須 【現住所】市区町村

必須 【現住所】丁番

【現住所】マンション名等

【日中連絡先】自宅電話番号

自宅・携帯のどちらかは、ご入力ください。※ハイフン付き半角数字で入力してください。

【日中連絡先】携帯電話番号

自宅・携帯のどちらかは、ご入力ください。※ハイフンを入れて入力してください。

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

必須 メールアドレス

必須 【現勤務先】法人名

必須 【現勤務先】事業所名

必須 【現勤務先】事業所種別

【現勤務先】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 【現勤務先】郵便番号

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 【現勤務先】都道府県

必須 【現勤務先】市区町村

必須 【現勤務先】丁番

【現勤務先】マンション名等

必須 【現勤務先】電話番号

自宅・携帯のどちらかは、ご入力ください。※ハイフン付き半角数字で入力してください。

【現勤務先】FAX番号

自宅・携帯のどちらかは、ご入力ください。※ハイフン付き半角数字で入力してください。

必須 基礎資格等

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input 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実務経験

約 年 ヶ月 (申込時点)



必須 介護支援専門員としての就労状況

必須 自己実践事例の提出は可能ですか？

- はい いいえ

本研修は、自己実践事例の提出が受講要件となっています。(詳細は実施要領をご覧ください。)

必須 直近の介護支援専門員証の更新履歴

- (1) 今回が初めての更新
- (2) 実務未経験者向け更新研修または再研修を修了して更新した (過去に専門研修課程Ⅰの受講歴なし)
- (3) 実務未経験者向け更新研修または再研修を修了して更新した (過去に専門研修課程Ⅰの受講歴あり)
- (4) 実務経験者向け更新研修を修了して更新した

研修の修了年度

必須項目としていませんが入力をお願いします。
ご不明な場合はお問い合わせください。

前問「直近の介護支援専門員証の更新履歴」で(2) または(3) または(4)を選択された方はご入力ください。不明な場合は空欄で構いません。

必須 今回受講する研修課程

- (1) 課程Ⅰのみ (対象：初めての更新、または専門研修受講の方) (2) 課程Ⅰ及び課程Ⅱ (Bコース) (対象：初めての更新の方)
- (3) 課程Ⅱのみ (対象：更新が2回目～ (または初めての更新で課程Ⅰを修了) の方)

【課程Ⅱのコース】 第1希望

- Aコース (7月～9月) Bコース (10月～12月)

前問「今回受講する研修課程」で「(3) 課程Ⅱのみ」を選択された方はご回答ください。御希望のコースで人数の偏りがあった場合、コースの変更をお願いすることがあります。

【課程Ⅱのコース】 第2希望

- Aコース (7月～9月) Bコース (10月～12月)

前問「今回受講する研修課程」で「(3) 課程Ⅱのみ」を選択された方はご回答ください。

受講課程で(3)の「課程Ⅱのみ」を選択された方は、第1希望から第2希望までコース選択をお願いします。

事例集には、専門研修課程Ⅰのテキストに掲載されている事例が抜粋されて掲載されています。

【課程Ⅱのみ受講の方はご回答ください】テキスト事例が必要ですか？

- (1) 必要ない (2) 必要：テキスト「事例集」の購入を希望（税込1,100円）

課程Ⅱで自己実践事例を提出できない科目（類型）がある場合には、（一社）日本介護支援専門員協会の「4訂 介護支援専門員研修テキスト 専門研修課程Ⅰ」または「4訂 介護支援専門員研修テキスト 事例集」に掲載の事例をもとに、自己の実践事例と仮定して所定の様式により事例を作成していただきます。詳しくは、実施要領をご確認ください。

備考

|

未入力の項目があります。

内容を確認する

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。

申込確認画面（参考例）

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。

介護支援専門員登録番号(8桁)

99999999

有効期間満了日

2028年8月10日

受講者氏名

鳥取 太郎

ふりがな

とっとり たろう

生年月日

1995年11月16日

【現住所】郵便番号

6808570

【現住所】都道府県

鳥取県

【現住所】市区町村

鳥取市東町

【現住所】丁番

一丁目220

【現住所】マンション名等

【日中連絡先】自宅電話番号

0857-00-0000

【日中連絡先】携帯電話番号

090-0000-0000

メールアドレス

tottori@wel.or.jp

【現勤務先】法人名

社会福祉法人〇〇会

【現勤務先】事業所名

×××地域包括支援センター

【現勤務先】事業所種別

地域包括支援センター

【現勤務先】事業所種別その他

【現勤務先】郵便番号

6890201

【現勤務先】 都道府県

鳥取県

【現勤務先】 市区町村

鳥取市伏野

【現勤務先】 丁目

1729-5

【現勤務先】 マンション名等

【現勤務先】 電話番号

0857-59-6336

【現勤務先】 FAX番号

基礎資格等

介護福祉士、社会福祉士

基礎資格等その他

介護支援専門員としての実務経験

約7年3ヶ月（申込時点）

介護支援専門員としての就労状況

現任

自己実践事例の提出は可能ですか？

はい

直近の介護支援専門員証の更新履歴

(3) 実務未経験者向け更新研修または再研修を修了して更新した（過去に専門研修課程Ⅰの受講歴あり）

研修の修了年度

令和3年度

今回受講する研修課程

(3) 課程Ⅱのみ（対象：更新が2回目～（または初めての更新で課程Ⅰを修了）の方）

【課程Ⅱのコース】 第1希望

Bコース（10月～12月）

【課程Ⅱのコース】 第2希望

Aコース（7月～9月）

【課程Ⅱのみ受講の方はご回答ください】 テキスト事例が必要ですか？

(2) 必要：テキスト「事例集」の購入を希望（税込1,100円）

備考

戻る

送信する

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）