

# 平成28年度 主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

主任介護支援専門員研修 修了年月日 ※研修修了証明書にてご確認の上ご記入ください。			平成	年	月	日
ふりがな				性別		
氏名		①				
生年月日		昭和・平成		年	月	日
介護支援専門員登録番号		8ケタ				
介護支援専門員有効期間満了日		平成		年	月	日 満了
自宅	住所	〒 _____				
	自宅電話			連絡先		
勤務先	事業所名					
	所在地	〒 _____				
	電話			FAX		
連絡先電話番号		TEL	( 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯)			
受講区分	以下の(1)～(5)のいずれかに☑して下さい					
	<input type="checkbox"/> (1)	添付資料	(様式1)講師等担当実績証明書			
	<input type="checkbox"/> (2)	添付資料	(様式2)研修受講証明書 × 4枚			
	<input type="checkbox"/> (3)	添付資料	(様式3)日本ケアマネジメント学会 演題発表等 実績証明書			
	<input type="checkbox"/> (4)	添付資料	認定ケアマネジャー登録証の写し			
	<input type="checkbox"/> (5)					
テキストの購入		希望する ・ 希望しない		事前送付 (650円)	希望する ・ 希望しない	

◆主任介護支援専門員として指導・支援の実践事例

課 目	支援・指導の経験
(2)リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(3)看取り等における看護サービスの活用に関する事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(4)認知症に関する事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(5)入退院時における医療との連携に関する事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(6)家族への支援の視点が必要な事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(7)社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(8)状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービスや施設サービス等)の活用に関する事例	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

◆駐車場の利用について

利用する(単独 ・ 相乗り) ・ 利用しない		※該当するものに丸を付けてください。
利用する方	単独	※理由をお書きください。
	相乗	運転者の氏名

【様式1】

※受講者本人が記入してください。

※他県で実施された研修については、研修実施機関の証明が必要です。(様式は任意)

## 介護支援専門員研修 講師等担当実績証明書

主任介護支援専門員更新研修 受講区分(1)

- ・介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者。

(〒 ー )

申込者住所

申込者氏名

印

以下の通り、介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験があることを証明します。

### 1、講師等担当実績

研修名 ※下記①～⑥のいずれかを ご記入ください。	実施年度	講義・演習課目 ※複数ある時は、1課目のみご記入ください。	講義	ファシリテーター	企画
			(○印でチェック)		
例 ①	平成26年度	地域包括支援センターの概要	○		
1					
2					
3					
4					

- ①介護支援専門員実務研修
- ②介護支援専門員実務従事者基礎研修(※H27年度以降廃止)
- ③介護支援専門員更新研修(実務経験者)・専門研修課程 I 又は II
- ④介護支援専門員更新研修(実務未経験者)・再研修
- ⑤介護予防支援従事者研修
- ⑥その他(研修名を記入してください。)

【様式2】

※枠内を受講者本人が記入し、主催団体より証明を受けてください。

※証明書の発行に関しては、FAX可とします。

※4枚必要であるため、コピーして使用してください。

### 研修受講証明書

主任介護支援専門員更新研修 受講区分(2)

・介護支援専門員の資質向上に関する研修会等に、年4回以上参加した者。

主催者 (〒 ー )

住所

団体名

代表者氏名

印

TEL

担当者氏名

下記のとおり、介護支援専門員の資質向上に関する研修等(※主任介護支援専門員更新研修の受講要件を満たす)を受講していることを証明します。

1、研修受講内容

氏名		(研修主催団体の)会員番号	
研修名			
開催日時	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (計 日間)		
開催時間	時 分～時 分 ( 時間)		
	時 分～時 分 ( 時間)		
	時 分～時 分 ( 時間)		
内容(テーマ)			
講師	所属	氏名	
会場			
参加人数	<input type="checkbox"/> 20名以上		

返信先FAX	ー ー	( 自宅・勤務先 )	勤務先名	
--------	-----	------------	------	--

※証明書の受け取りができるFAX番号をご記入ください。FAX受け取りが困難な場合、返信用切手を同封の上、主催団体へ依頼してください。

【様式3】

※受講者本人が記入してください。

## 日本ケアマネジメント学会 演題発表等 実績証明書

主任介護支援専門員更新研修 受講区分(3)

・日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者。

(〒      -      )

申込者住所

申込者氏名

印

以下の通り、日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験があることを証明します。

### 1、演題発表等実績

	学 会 名	発表日	テーマ	発表内容	会場
1		H ,      ,      ,			
2		H ,      ,      ,			
3		H ,      ,      ,			
4		H ,      ,      ,			