

平成28年度 主任介護支援専門員研修 受講申込書

受講区分(実施要領の4受講区分)にチェックを付けてください				<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D			
受講希望者本人	ふりがな			性別	生年月日	昭和	年	月	日	
	氏名	(印)								
	住所	〒 —								
	自宅電話				連絡先					
	介護支援専門員登録番号	8ケタ								
	基礎となる職種	看護師 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ その他()								
勤務先	事業所名									
	代表者職・氏名									
	所在地	〒 —								
	電話				FAX					
	事業所での職種									
勤務状況	介護支援専門員業務の期間 (平成28年6月1日現在)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	(年 ヶ月)							
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	(年 ヶ月)							
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	(年 ヶ月)							
		(通算 年 ヶ月)								
研修修了情報	研修名		修了年月日							
	専門研修課程Ⅰ		年 月 日							
	専門研修課程Ⅱ		年 月 日							
	宮崎県実践的ケアマネジメント基礎講座 (現任研修基礎課程Ⅰの修了とみなされるもの)		全課程修了者に対して、平成18年10月13日付けの修了証明書が交付されています。							
	実務経験者更新研修	初回(53時間)	年 月 日							
		2回目(20時間)	年 月 日							
	ケアマネジメントリーダー養成研修		年 月 日							
	宮崎県実践的ケアマネジメント									
指導者養成講座	入門コース	年 月 日								
	応用コース	年 月 日								
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	相乗	運転者の氏名							
		単独	※理由をお書きください。							

※上記項目につきましては、修了証明書発行に必要なになります。

※この申込書は研修目的以外には使用いたしません。

※お申し込みは、郵送でお送りください。

【様式1】

平成28年度 主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

平成 年 月 日

証明者の名称及び所在地

代表者職・氏名

㊞

連絡先電話番号

(担当者氏名)

下記の者は、平成28年6月1日までに、常勤かつ専任の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。

氏名	生年月日	昭和 年 月 日
事業所名		
所在地	〒 -	
実務従事期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日(年 ヶ月)	専任・兼任
	平成 年 月 日～平成 年 月 日(年 ヶ月)	専任・兼任
	平成 年 月 日～平成 年 月 日(年 ヶ月)	専任・兼任
	平成 年 月 日～平成 年 月 日(年 ヶ月)	専任・兼任
	平成 年 月 日～平成 年 月 日(年 ヶ月)	専任・兼任
	※1か月未満の部分は切り捨て	

※病休等により実務に従事しなかった期間を除く

【注意事項】

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。(申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除きます。)

※介護支援専門員としての実務経験の範囲は、下記の事業所または施設において常勤かつ専任の介護支援専門員として就労したものとします。 ※常勤かつ専任とは、事業所の営業時間を通して介護支援専門員の業務に携わる者を指す。

- ①居宅介護支援、②介護保険施設、③認知症対応型共同生活介護、④特定施設入居者生活介護、⑤小規模多機能型居宅介護、⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑦地域密着型特定施設入居者生活介護、⑧介護予防小規模多機能型居宅介護、⑨介護予防認知症対応型共同生活介護、⑩介護予防特定施設入居者生活介護、⑪介護予防支援、⑫地域包括支援センター

ただし、これらの事業所または、施設で就労していたとしても、単に要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合や、利用者やサービス提供事業所との連絡調整のみを補助的に行っていたのみで、サービス計画書の作成を行っていなかった場合は、実務経験として認められません。また、指定居宅介護支援事業所においては、基準上、常勤専従の管理者を置くこととなっていることから、当該管理者との兼務は、期間に算定可能です。

【様式2】

平成28年度 主任介護支援専門員研修
地域包括支援センター在籍証明書

平成 年 月 日

証明者の名称及び所在地

代表者職・氏名

㊞

連絡先電話番号

(担当者氏名)

下記の者は、平成28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以下の地域包括支援センターに配置されている者であることを証明します。

ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
氏名			
地域包括支援センターの名称			
所在地	〒 -		
配置年月日	平成 年 月 日		

【注意事項】

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。(申込者と証明権限を有する者が同一の場合を除きます。)

(地域包括支援センター運営マニュアル2012)

※主任介護支援専門員に準ずる者とは、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了するなど、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者

【様式3】

平成28年度 指定研修講師担当実績申出書

1 専任・兼任の確認

(ふりがな) 氏 名	()	
実務従事事業所名	従 事 期 間	専任・兼任の別
	~	専任・兼任
	~	専任・兼任
	~	専任・兼任
	~	専任・兼任
	~	専任・兼任

2 研修講師実績

研 修 名	実施年度	講義・演習課目	講義	演習	ファシリテーター
			(○印でチェック)		

※1の記入については受講申込書と重なりますが、専任と兼任の確認をするためですので、御了承ください。