

令和4年度 主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

研修修了年月日	主任介護支援専門員研修	平成 年 月 日	※研修修了証明書にてご確認ください。
	主任介護支援専門員更新研修	平成 年 月 日	

1、基本情報 ※下記①～⑤の項目については、修了証明書発行時に必要となりますので、正確にご記入ください。

①介護支援専門員登録番号	8ケタ	
②介護支援専門員証	交付年月日	平成 年 月 日
	有効期間満了日	平成 年 月 日
③氏名(ふりがな)	()	
④生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日	男・女
⑤現住所・自宅電話・携帯電話 <small>※住所はマンション名及び棟号番号まで記入</small>	住所	〒 -
	自宅	- - FAX(有・無)
	携帯	- -
⑥勤務先	名称	
	住所	〒 -
	TEL	FAX
⑦連絡先電話番号 <small>※申込内容確認等を行う際、確実に連絡がとれる番号をご記入下さい。</small>	TEL	- - (自宅・勤務先・携帯)
⑧受講希望	A ・ B	※希望するコースに○を付けてください。先着順で受け付けますので、希望に添えない場合があります。

2、受講要件 ※該当する受講要件、以下(1)～(5)のいずれかに☑し、添付書類をご確認ください。

<input type="checkbox"/>	(1)	添付資料	【様式1】介護支援専門員研修 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 (コピー可)
<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)	添付資料	宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室へお問い合わせください。

3、主任介護支援専門員として、介護支援専門員に対し指導・支援を行った経験

※経験がない(事例の提出ができない)場合は、本研修は受講できません。

経験	プログラム番号	指導・支援の内容
有・無	②	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する指導・支援の経験
有・無	③	看取り等における看護サービスの活用に関する指導・支援の経験
有・無	④	認知症に関する指導・支援の経験
有・無	⑤	入退院時等における医療との連携に関する指導・支援の経験
有・無	⑥	家族への支援の視点が必要な指導・支援の経験
有・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指導・支援の経験
有・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)の活用に関する指導・支援の経験

※申込期間 令和4年4月28日(木)消印～令和4年6月6日(月)必着 【FAX不可】

【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、実習指導者(介護支援専門員実務研修のみ・県に登録がある者)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

例	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・演習課題 ※複数ある時は、1課題のみご記入ください。	講義	ファシリ	企画	実習指導者
				(○印でチェック)			
	②	令和3年度	認知症に関する事例		○		
1							
2							
3							
4							

- ①介護支援専門員実務研修
- ②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
- ③介護支援専門員更新研修(実務未経験者)・再研修
- ④主任介護支援専門員研修
- ⑤主任介護支援専門員更新研修
- 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 (〒 -)

住所

団体名

代表者氏名

㊟

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	年	月	日	～	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				

3、
介

返信先FAX	-	-	(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。

(〒 ー)

申込者住所

申込者氏名

㊞

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	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			