

令和5年度 主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

1、基本情報 ※下記①～⑦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登録都道府県	宮崎県 ・ 都道府県						
③有効期間満了日	介護支援専門員	平成・令和 年 月 日 ※介護支援専門員証にてご確認ください					
	主任介護支援専門員	平成・令和 年 月 日 ※研修修了証明書にてご確認ください					
④氏名(ふりがな)	()						
⑤メールアドレス ※PCアドレス推奨(携帯アドレス不可)	@						
⑥生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日				男 ・ 女		
⑦現住所・自宅電話・携帯電話 ※住所はマンション名及び棟号番号まで記入	住所	〒 -					
	自宅	- -		FAX(有・無)			
	携帯	- -					
⑧勤務先	名称						
	住所	〒 -					
	TEL				FAX		
⑨連絡先電話番号 ※優先順位の高いものに○してください	自宅TEL ・ 携帯 ・ 勤務先TEL						
⑩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5年4月14日(金)消印～令和5年6月2日(金)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

(〒 -)

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	企画	実習 指導者
			(○印でチェック)			
例 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			

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			