

令和6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	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	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、事例

介護支援専門員に対する指導経験があるもの全てに☑を入れてください。事例がない場合は、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
<input type="checkbox"/>	⑤	脳血管疾患のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑥	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑦	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑧	心疾患のある方のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑨	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	⑩	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"/>	⑪	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント

※申込期間 令和6年4月10日(水)消印～令和6年6月7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

(〒 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	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 (〒 ー)

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		介護支援専門員 登録番号	
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	□ 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

⑩

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			