

平成29年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修（受講申込書）

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会 宛

平成 年 月 日

【受講申込者の情報】

ふりがな				
氏名				
生年月日	昭和 年 月 日	性別	男・女	
介護支援専門員登録番号(8桁)				
自宅住所 連絡先	〒 -			
	TEL : - -	FAX : - -		
携帯番号	- -			※必ず記入
パソコンメールアドレス	@			※修了評価で使用、必ず記入
基礎資格 (○で囲む)	1.医師 2.歯科医師 3.薬剤師 4.保健師 5.助産師 6.看護師 7.准看護師 8.理学療法士 9.作業療法士 10.社会福祉士 11.介護福祉士 12.視能訓練士 13.義肢装具士 14.歯科衛生士 15.言語聴覚士 16.あん摩マッサージ指圧師・はり・きゅう師 17.柔道整復師 18.栄養士 19.管理栄養士 20.精神保健福祉士 21.訪問介護員 22.その他()			
介護支援専門員 としての業務に 従事した職歴	勤務期間	事業所名	常勤・非常勤	専従・兼務(兼務内容)
	～		常・非	専・兼 ()
	～		常・非	専・兼 ()
	～		常・非	専・兼 ()
	※通算計 (計 年 ヶ月)		※常勤専従期間 (計 年 ヶ月)	

【所属の情報】

法人名			
事業所名			
	事業所番号：		
所属長氏名		所属長役職	
事業所所在地 連絡先 (通知送付先)	〒 -		
	TEL : - -	FAX : - -	
常勤の介護支援 専門員数	人 (本人含む)	主任介護支援専門員	人
特定事業所加算 の届出	①届出済み (I・II・III) ②予定している (今年度中) ③予定していない		

介護支援専門員に係る研修の企画経歴書

研修日時	介護支援専門員 法定研修名 (該当研修に○)
平成 年 月 日 (: ~ :)	実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 () ※自身の役割 (科目名や内容等を具体的に記載)
平成 年 月 日 (: ~ :)	実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 () ※自身の役割 (科目名や内容等を具体的に記載)
平成 年 月 日 (: ~ :)	実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 () ※自身の役割 (科目名や内容等を具体的に記載)

講師・ファシリテーター 経歴書

※地域ケア会議のアドバイザーは要件を満たしません。

研修日時	介護支援専門員 法定研修名（該当研修に○）
<p>平成 年 月 日 (: ~ :)</p> <p>担当時間数 () 時間</p>	<p>実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 ()</p> <hr/> <p>※自身の役割（科目名や内容等を具体的に記載）</p>
<p>平成 年 月 日 (: ~ :)</p> <p>担当時間数 () 時間</p>	<p>実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 ()</p> <hr/> <p>※自身の役割（科目名や内容等を具体的に記載）</p>
<p>平成 年 月 日 (: ~ :)</p> <p>担当時間数 () 時間</p>	<p>実務研修 ・ 再研修 ・ 基礎研修 ・ 専門研修 ・ 更新研修 主任研修 ・ 主任更新研修 ・ その他 ()</p> <hr/> <p>※自身の役割（科目名や内容等を具体的に記載）</p>

介護支援専門員 実務研修実習指導者 実績書

実習指導者氏名	
実習生氏名	

実習受入日	時間	時間数 (休憩除く)	内容
平成 年 月 日	: ~ :	時間	
平成 年 月 日	: ~ :	時間	
平成 年 月 日	: ~ :	時間	
平成 年 月 日	: ~ :	時間	
平成 年 月 日	: ~ :	時間	
平成 年 月 日	: ~ :	時間	

実習受入の概要（工夫した点・良かった点・苦勞した点など）

模擬ケアプラン作成実習 について	
見学・観察実習 について	
実習生受入 の 振り返り	

研修受講履歴書

※原則、参加した研修の受講証明書又は研修受講が**証明できるもの**（氏名入りの受講者証や領収書など）の写しを添付すること。

※単なる研修会の資料の写しでは研修受講とは認められません。

※**法人内（事業所内）の研修等や行政説明会、少人数での学習会、地域ケア会議等は不可。**

※**地域包括支援センター**の開催する**研修への同一法人職員**の受講は**2回**までしか認められません。

※「**年度の4月～3月のうち4回以上**」が条件。

※4回以上の**研修の合計時間が10時間以上**が条件。

※1回の研修時間は**最短でも1時間30分～2時間以上**のものを想定。

	研修日時	研修内容			
		研修名	時間	受講者数	約名
1	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名
2	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名
3	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名
4	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名
5	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名
6	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名
7	平成 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数	時間	受講者数	約名

日本ケアマネジメント学会 演題発表経歴書

※発表したことや発表内容が分かる資料を添付すること。

開催年月日	発表内容等
平成 年 月 日	発表演題名
	内容（具体的に）
平成 年 月 日	発表演題名
	内容（具体的に）
平成 年 月 日	発表演題名
	内容（具体的に）

市町村推薦書（現任者）

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
大分県介護支援専門員協会 理事長 様

市町村長 印

下記の者は、平成 年 月 日から、地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属されており、**地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者**であることを証明します。

現任者	(氏名)
配属されている 地域包括支援センター	(名称)
	(所在地) 〒 —
地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有し、その業務に従事した期間及び内容	(基礎資格)
	(従事期間) 平成 年 月 ～ 平成 年 月
	(従事内容)
添付書類 各2事例の確認 (市町村確認欄)	<p>※確認できた場合、□にチェック（確認後は本人に返却してください）</p> <p>(指導・支援事例の個別支援記録)</p> <p><input type="checkbox"/> ①課題分析標準項目（指定様式） ジェノグラム及びエコマップ（任意様式）</p> <p><input type="checkbox"/> ②指導・支援前と指導・支援後のサービス計画書（既存の写し）</p> <p><input type="checkbox"/> ③指導・支援の経過記録（任意様式）</p> <p><input type="checkbox"/> ④指導実践事例報告書（指定様式）</p>

(注) この証明書発行にあたっては、必ず**下記書類（指導・支援事例の個別支援記録）**が添付されていること及びその内容が推薦に適している者が作成した内容であることを確認してください。

(指導・支援事例の個別支援記録)

- ①課題分析標準項目（指定様式）・・・2事例
ジェノグラム及びエコマップ（任意様式）・・・各2事例
- ②指導・支援前と指導・支援後のサービス計画書（既存の写し）・・・各2事例
（主任介護支援専門員が指導・支援を行った介護支援専門員の作成したもの）
- ③指導・支援の経過記録（任意様式）・・・2事例
- ④指導実践事例報告書（指定様式）・・・2事例

※事前に利用者及び介護支援専門員の同意を得て提出することが必要です。

