

令和 5 年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修 提出書類 (表紙)

※提出書類の留意事項 : ①本紙を表紙にする ② A 4 サイズに統一 ③クリップ留め

ふりがな		介護支援専門員登録番号 (8 桁)	
氏 名			
内容 (網掛け部分は全員提出 + 要件(1)・(2)は該当書類提出)		添付	提出書類
表 紙	提出書類表紙 (様式 1)	必須	様式 1 (本紙)
申込書	受講申込書 (様式 2)	必須	様式 2
登録証	介護支援専門員証コピー	必須	専門員証 (コピー)
要件 (1)	主任研修の修了証書 ※必須 (証書コピーを提出)	主任研修修了証明書の添付 有 ・ 無 (※どちらかに○)	
	①主任研修受講年度 _____ 年度 ②主任研修修了年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③主任介護支援専門員の有効期間満了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ④介護支援専門員証の有効期間満了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
要件 (2)	受講要件を満たすことを証明する書類 ※必須 ※次の①～⑤の該当欄に○を記入し、書類を提出	該当欄	提出書類
	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の経験がある者		様式 3 又は 様式 4
	②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年 4 回以上参加した者		様式 5 及び 受講証明書 又は 受講証明できるもの
	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		様式 6
	④日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー		取得証明書 (コピー)
	⑤次の要件に該当し、主任介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者として都道府県が認める者 (ア) 現に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いる者で、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として市町村の推薦を受けた者		様式 7 及び 指導・支援事例 の個別支援記録 2 事例
(イ) 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予定の者で、介護支援専門員の資格を有し、市町村や在宅介護支援センター、地域包括支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に従事した経験があり、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として市町村の推薦を受けた者		様式 8 及び 指導・支援事例 の個別支援記録 2 事例	
受講希望の日程 : 第一希望 () 組 ・ 第二希望 () 組 ・ 第三希望 () 組			

※要件(1)・要件(2)の両方を満たす者が対象となります。

令和5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

令和 年 月 日

【受講申込者の情報】 ※全ての項目に記入

ふりがな				
氏名				
生年月日	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	〒 - ※必ず記入			
	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(年月日)	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】 ※全ての項目に記入

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	〒 -		
	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予定あり (今年度中) ③予定なし		

**令和5年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
介護支援専門員に係る研修の企画経歴書**

※対象となるのは過去3か年度のものに限ります。

研修日時	介護支援専門員 法定研修名（該当研修に○）
令和 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）
令和 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）
令和 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）
令和 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）

**令和5年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
講師・ファシリテーター 経歴書**

※対象となるのは過去3か年度のものに限ります。
 ※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○）
令和 年 月 日 (: ~ :) 担当時間数 () 時間	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）
令和 年 月 日 (: ~ :) 担当時間数 () 時間	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）
令和 年 月 日 (: ~ :) 担当時間数 () 時間	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）

**令和5年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
介護支援専門員 実務研修実習指導者 実績書**

※対象となるのは令和4年度実務研修受講者への実習指導に限ります。

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
令和 年 月 日	: ~ :	時間	
令和 年 月 日	: ~ :	時間	
令和 年 月 日	: ~ :	時間	
令和 年 月 日	: ~ :	時間	
令和 年 月 日	: ~ :	時間	
令和 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	

令和5年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修 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。

※過去3か年度のうちいずれかの「年度（4月～3月）に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。

1	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修内容			
		研修名	時間	受講者数	約 名
		実施主体			
		時間数			
2	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数			
3	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数			
4	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数			
5	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数			
6	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数			
7	令和 年 月 日 (: ~ :)	研修名			
		実施主体			
		時間数			

令和5年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
日本ケアマネジメント学会 演題発表経歴書

※対象となるのは過去3か年度のものに限ります。

※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
令和 年 月 日	発表演題名
	内容（具体的に）
令和 年 月 日	発表演題名
	内容（具体的に）
令和 年 月 日	発表演題名
	内容（具体的に）

**令和 5 年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
市町村推薦書（現任者）**

令和 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・令和 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・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
	(従事内容)
※市町村確認欄 添付書類 各 2 事例の確認	※確認できた場合、□にチェック（添付書類の確認後は本人に返却） （指導・支援事例の個別支援記録） <input type="checkbox"/> ①指導実践事例報告書（指定様式） <input type="checkbox"/> ②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） <input type="checkbox"/> ③指導・支援前と指導・支援後のサービス計画書（既存の写し） <input type="checkbox"/> ④指導・支援の経過記録（任意様式）

(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は推薦に適している者が作成したものであるかを確認してください。

（指導・支援事例の個別支援記録）

①指導実践事例報告書（指定様式）・・・ 2 事例

②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）・・・ 2 事例

③指導・支援前サービス計画書 及び 指導・支援後のサービス計画書・・・ 既存の写し 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**

④指導・支援の経過記録（任意様式）・・・ 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。

**令和 5 年度 大分県主任介護支援専門員 更新研修
市町村推薦書（配属予定者）**

令和 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、令和 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予定であり、**市町村や在宅介護支援センター、地域包括支援センターにおいて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。

配属予定者	(氏 名)
配属予定である 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・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
	(従事内容)
※市町村確認欄 添付書類 各 2 事例の確認	<p>※確認できた場合、□にチェック（添付書類の確認後は本人に返却）</p> <p>（指導・支援事例の個別支援記録）</p> <input type="checkbox"/> ①指導実践事例報告書（指定様式） <input type="checkbox"/> ②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） <input type="checkbox"/> ③指導・支援前と指導・支援後のサービス計画書（既存の写し） <input type="checkbox"/> ④指導・支援の経過記録（任意様式）

(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は推薦に適している者が作成したものであるかを確認してください。

（指導・支援事例の個別支援記録）

- ①指導実践事例報告書（指定様式）・・・ 2 事例
- ②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）・・・ 2 事例
- ③指導・支援前サービス計画書 及び 指導・支援後のサービス計画書・・・ 既存の写し 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**
- ④指導・支援の経過記録（任意様式）・・・ 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。

令和5年度 大分県主任介護支援専門員更新研修 会場受講・WEB受講選択申込書

氏名： _____

該当する番号に○をして記入してください。

区 分	内 容
会場受講・WEB受講、 の選択	① 会場受講 ② WEB受講 (パソコン、ウェブカメラ、マイクが必要)

WEB研修を選択された方は以下を記入ください。

区 分	内 容
受講場所	1 勤務場所 (事業所名等：) 2 自宅(市町村名：) 3 その他()
メールアドレス(※1)	
研修受講中にトラブル時等で連絡する場合の電話番号(※2)	— —

※1 メールアドレスはO(オー)と0(ゼロ)、i(アイ)と1(エル)など事務局が確認を間違えることがありますので、上にフリガナを記載するなど、わかりやすく記入をお願いします。

※2 研修受講中は、トラブル等により事務局より直接電話連絡をする場合があります。上記に記載した番号の電話機等は必ずすぐに通話の出来る位置に置いて受講してください。