

令和元年度 主任介護支援専門員更新研修 受講申込書

申込日 令和 元 年 月 日

1. 基本情報 ※ 申込み内容の確認をする場合がありますので、必ずご本人がご記入ください。

受講者	ふりがな		性別	男性 ・ 女性		
	氏名		印	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	現住所	〒	-	自宅電話		
				携帯電話		
	介護支援専門員登録番号			登録都道府県		
	※ 下記は「平成表記」のままでご記入下さい。					
	介護支援専門員証有効期間満了日			平成	年	月 日
	主任介護支援専門員（更新）研修修了証明書の発行日			平成	年	月 日
主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期間満了日			平成	年	月 日	
勤務先	事業所名		事業所番号			
	運営法人					
	所在地	〒	-			
	電話		FAX			
	種別 ※該当の□に✓点	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（特定事業所加算算定あり） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（特定事業所加算算定なし） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他（種別名 _____）				
所持資格 ※ 複数回答可 該当の□に✓点	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					

2. 受講資格 ※原則申込時点の状況で該当するものを1つのみ選択し、○を付けてください。

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
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
③	日本ケアマネジメント学会が開催する研修大会等において、演題発表等の経験がある者
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
⑤	主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

※ 証明する「提出書類」を添付のこと（別表1参照）

### 3. 介護支援専門員証写しの添付

【添付欄】 ※ 有効期間確認及び本人確認用に使用致します。

### 4. 主任介護支援専門員研修 修了証書写しの添付

※ コピーを巻末に添付してください。

### 5. 持ち寄り事例について【事前伺い】

※ 演習用にスーパービジョンを行った事例資料等の課題提出があります。(別表参考)

※ 現時点で下記の7類型より提出可能な順に 1～7全ての番号を付けてください。

① 入退院時における医療との連携に関する事例	⑤ 看取り等における看護サービスの活用に関する事例
② 家族への支援の視点が必要な事例	⑥ 社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例
③ 認知症に関する事例	⑦ 状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例
④ リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	

【7類型が偏った場合、グループ編成を考慮し調整させて頂く事がありますのでご了承願います。】

### 6. 受講申し込みに関する注意事項

※ 申込書における記載事項の不備・記入漏れ・不実の記載に依る受講可否審査（選考）の結果につきましては、一切の責任を負いかねますので、予めご承知おき願います。

※ 本書に記載された個人情報につきましては、当該研修業務の運営の範囲内で適切に取り扱い、また、岐阜県又は介護支援専門員研修に係る岐阜県指定研修実施機関へ提供することがあります。

【提出・送付先】  
FAXでの申込み不可

特定非営利活動法人 岐阜県居宅介護支援事業協議会  
〒501-0222 瑞穂市別府1193番地1  
電話 058-322-3155