開催要項－様式１

**④ 受講申込書**

**令和６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 ６ 年　 月　 日

**私は当該開催要項等に係る記載内容の全てを承諾し受講申込します。**

**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等ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
| 共 通 | 介護支援専門員証 有効期間満了日 | 令和 年 月 日 |
| **何れか〇** | 初回 | 主任介護支援専門員研修 修了証書の発行日 | 令和 年 月 日 |
| 主任介護支援専門員研修 修了証書の有効期間満了日 | 令和 年 月 日 |
| ２回目３回目 | 主任介護支援専門員研修 修了証書の発行日 | 令和 年 月 日 |
| 主任介護支援専門員更新研修 修了証書の発行日 | 令和 年 月 日 |
| 主任介護支援専門員更新研修 修了証書の有効期間満了日 | 令和 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 | □ 居宅介護支援事業所（特定事業所加算算定あり）□ 居宅介護支援事業所（特定事業所加算算定なし） □ 地域包括支援センター□ その他（種別名 ） |
| 所持資格* 複数回答可

該当の□に✔点 | □医師　□歯科医師　□薬剤師　□保健師　□助産師　□看護師　□准看護師□理学療法士 □作業療法士　□社会福祉士　□介護福祉士　□視能訓練士□義肢装具士　□歯科衛生士 □言語聴覚士　□あん摩マッサージ指圧師□鍼灸師　□柔道整復師　□栄養士・管理栄養士 □精神保健福祉士□訪問介護員　□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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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 |
|  |  | 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 |
|  |  | 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 |
|  |  | 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 |
|  |  | 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欄** ※ 有効期間確認及び本人確認用に使用致します。

|  |
| --- |
| 【 添 付 欄 】 * **岐阜県より送付の「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う介護支援専門員証の有効期間の臨時的な取扱いについて」の写しを巻末に添付してください。【通知を受けた方のみ提出】**
 |

**４．主任介護支援専門員研修（又は主任介護支援専門員更新研修）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．開催日程の希望（何れか〇印、各会場毎の先着順に依り決定）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ａ日程（大垣市情報工房） |  | Ｂ日程（シティホテル美濃加茂） |

**６．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. **認知症**のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
 |  | 1. **誤嚥性肺炎の予防**のケアマネジメント
 |
|  | 1. **大腿骨頸部骨折**のある方のケアマネジメント
 |  | 1. **看取り等における看護サービスの活用**に関する事例
 |
|  | 1. **脳血管疾患**のある方のケアマネジメント
 |  | 1. **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
 |
|  | 1. **心疾患**のある方のケアマネジメント
 |

【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。】

**７．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他の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〒５０１－０４５５　本巣郡北方町高屋伊勢田２丁目３６番地電話 ０５８－３２２－３１５５ |