

令和 7 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 7 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 ○	初回	主任介護支援専門員研修 修了証書の発行日	
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		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
3回目	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	<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○印、各会場毎の先着順に依り決定）

<input type="checkbox"/>	A日程（大垣市情報工房）	<input type="checkbox"/>	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。

<input type="checkbox"/>	① <u>認知症</u> のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	<input type="checkbox"/>	⑤ <u>誤嚥性肺炎の予防</u> のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	② <u>大腿骨頸部骨折</u> のある方のケアマネジメント	<input type="checkbox"/>	⑥ <u>看取り等における看護サービスの活用</u> に関する事例
<input type="checkbox"/>	③ <u>脳血管疾患</u> のある方のケアマネジメント	<input type="checkbox"/>	⑦ <u>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</u> が必要な事例のケアマネジメント
<input type="checkbox"/>	④ <u>心疾患</u> のある方のケアマネジメント	<input type="checkbox"/>	

【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。

<b>【提出・送付先】</b> 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
-------------------------------	---