**岩手県介護支援専門員専門研修課程Ⅰ・更新研修　表紙・チェック表（Ｒ４年版）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員登録番号 |  | 氏　名 |  | 番号 | ※事務局記入 |
| 事業所名 |  | 職　種 |  |
| 電話番号 | （日中に連絡の取れる電話番号） |

**◎ 提出前に確認をお願いします。**

　【提出事例について】

|  |  |
| --- | --- |
| ﾁｪｯｸ |  |
| □ | 提出事例利用者のプライバシーに配慮し、固有名詞など個人を特定できる記述はない。※名前、住所、事業所名等はすべてアルファベットで表記すること。 |
| □ | 利用者、家族、所属事業所の管理者に承諾を得た。 |
| □ | 研修当日に持参する提出書類①～⑤を３部（自分の分を含め）用意した。 |

**◎【提出シートチェック表】**※必ず原本をコピーし提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾁｪｯｸ | 提出書類 | 部数 |
| □ | - | 表紙＆チェック表 | 事務局指定 | **１部** |
| □ | ① | 基本情報・課題分析（アセスメント）概要 | 事務局指定 | **２部**※2参照 |
| □ | ② | 【居宅】居宅サービス計画書（1）【施設】施設サービス計画書（1）【予防】基本チェックシート | 各自の様式 |
| □ | ③ | 【居宅】居宅サービス計画書（2）【施設】施設サービス計画書（2）【予防】介護予防サービス・支援計画書 | 各自の様式 |
| □ | ④ | 【居宅】週間サービス計画書【施設】日課表または24Hシート等 | 各自の様式 |
| □ | ⑤ | 【居宅】サービス担当者会議の要点【施設】サービス担当者会議の要点【予防】介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む） | 各自の様式 |

※1　提出書類に不足等ある場合ご連絡をいたします。ご了承ください。

※2　原本をコピーし、書類を揃え、左ホチキス留めしたものを２部。

①基本情報・アセスメントシート等

＊①～⑤まで重ね、左ホチキス留めをする。２部用意。

②サービス計画書（1）

表紙チェック表

③サービス計画書（2）

④週間サービスOR日課表

（※予防無）

⑤サービス担当者会議の要点

＊１部

※3　提出締め切り：**５月16日（月） 必 着**