**令和５年度岩手県介護支援専門員専門Ⅱ・更新研修　　表紙・チェック表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講組 |  | 介護支援専門員登録番号 |  | 全体連番 | ※事務局記入 |
| 受講者氏名 |  |
| 勤務先名 |  | 勤務先TEL |  |

※　提出書類に不足等ある場合は、上記勤務先TELまたは受講確認書の携帯電話等にご連絡いたします。

**☑　提出前にご確認ください。（チェック後ご提出ください）**

**１　受講確認書について**

|  |  |
| --- | --- |
| チェック☑ |  |
| □ | 必要事項を記入のうえ、提出した（する）。 |

**２　事例について**

|  |  |
| --- | --- |
| チェック☑ |  |
| □ | 提出事例情報、サービス計画書等に、利用者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) |
| □ | 利用者、家族、所属事業所の管理者の承諾を得た。 |

※　**提出した事例が、全体研究事例として選出される場合があります。**

選出された場合は、事前にご連絡いたします。

**３　提出書類及び部数について**

※　①～③は、必ず原本をコピーし、**書類を揃え、左ホチキス留めしたものを５部**ご提出ください。

※　コピーについて：可能であれば、両面コピーでご提出ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック☑ | 提出書類 | 部数 |
| □ |  | 表紙・チェック表(この用紙) | 事務局指定様式 | **１部** |
| □ | ① | 【共通】提出事例情報 | **５部** |
| □ | ② | 【居宅】居宅サービス計画書(１)及び(２)【施設】施設サービス計画書(１)及び(２)【予防】基本チェックリスト | 各事業所で使用している様式 |
| □ | ③ | 【居宅】週間サービス計画書【施設】日課表または24Hシート等【予防】介護予防サービス・支援計画書 |

※　事前提出５部の他に、集合研修初日に、上記①～③を自分の分を含めて４部お持ちください。

**提出期限：７月21日(金)　消印有効**