申込様式５　　（提出前にコピーをとり、お手元に保管ください。）

**令和６年度岩手県介護支援専門員 主任更新研修 受講申込書**

本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、主任介護支援専門員更新研修の受講を申し込みます。

記入日　令和６年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和  平成 | | 年　　月　　日 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員  登録番号 | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | ※介護支援専門員証の両面をコピーし、Ａ４サイズの用紙（各自用意）に  貼付して添付してください。 | | | | |
| 証の有効期間満了日 | | 令和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主任有効期間満了日 | | 令和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録地 | | □岩手県　□（　　　　　　都道府県） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 携帯電話番号 | | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 自宅電話番号 | | | | | | （　　　　） | |
| ｅラーニング登録用メールアドレス | | ※　正確に、読みやすい文字でお書きください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤　　務　　先 | 事業所番号 |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | ※　番号がない場合は空欄 | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所区分 | □１居宅介護支援事業所　　　　□２地域包括支援センター　　　　□３特定施設入居者生活介護  □４小規模多機能型居宅介護　　　　　　　　　　□５認知症対応型共同生活介護  □６地域密着型特定施設入居者生活介護　　　　　□７地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護  □８看護小規模多機能型居宅介護　　　　　□９介護老人福祉施設　　　　　□10介護老人保健施設  □11介護療養型医療施設　　□12介護医療院　　□13その他（　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回受講した研修 | | 主任　・　主任更新　　（修了日： 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日）  ※　修了証明書のコピーを同封してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合は、内容を具体的にご記入ください。 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**■　受講要件確認①**　下記１～５の該当する番号を○で囲んでください。詳しくは次ページに記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 介護支援専門員に係る法定研修の企画担当者、研修講師、ファシリテーター又は実務研修実習指導者の経験がある。 |
| ２ | 要件を満たす法定外研修を、定められた期間（令和５年度）に４回以上受講した。 |
| ３ | 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表の経験がある。 |
| 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である。 |
| ５ | 介護支援専門員地域同行型研修においてアドバイザーを務めた。 |

**※　２枚目以降もご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講申込者氏名 |  |

**■　受講要件確認②**　下記１～５の該当する番号に○を付け、必要事項を記入し、確認書類を添付してください。

**１　法定研修における講師等に関する事項**

【確認書類】講師依頼書等、研修企画・研修講師、指導者又は実務研修実習指導者を行った結果が

分かるものの写し

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 研修名 |  |
| ② | 科目 |  |
| ③ | 役割 | 講師・指導者・実習指導者・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④ | 研修開催年度 | 年度 |

※実務研修実習指導者で、証明書を失くした方は研修事務局（019-629-2300）にお問い合わせください。

**２　法定外研修受講に関する事項**

【確認書類】研修修了証明書の写し、または介護支援専門員協会研修手帳等の写し（氏名と介護支援専門員登録番号を記載のこと）

※　当財団ホームページに公表中の「受講対象者要件２の(1)に該当する法定外研修一覧　令和５年度実施一覧に掲載されている番号を記入すること。一覧表にない場合は、番号は書かず、研修名・実施主体・受講対象者・研修内容がわかる研修要領等を添付すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 研修№ |  | ２ | 研修№ |  |
| 開催団体 |  | 開催団体 |  |
| 研修名 |  | 研修名 |  |
| 研修日時 | 年 　　月 　日　時　分から  月　 日　時 分まで | 研修日時 | 年 　　月 　日　時　分から  月　 日　時 分まで |
| 研修時間 | 時間　　分（演習　　　分） | 研修時間 | 時間　　分（演習　　　分） |
| ３ | 研修№ |  | ４ | 研修№ |  |
| 開催団体 |  | 開催団体 |  |
| 研修名 |  | 研修名 |  |
| 研修日時 | 年 　　月 　日　時　分から  月　 日　時 分まで | 研修日時 | 年 　　月 　日　時　分から  月　 日　時 分まで |
| 研修時間 | 時間　　分（演習　　　分） | 研修時間 | 時間　　分（演習　　　分） |

**３　演題発表に関する事項**

【確認書類】抄録の写しを添付

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 大会名 |  | | |
| ② | 演題 |  | □　口演 | □　ポスター |
| ③ | 発表年月日 | 年　　月　　日 | | |

**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**

【確認書類】認定ケアマネジャー認定証の写しを添付

**５　地域同行型研修アドバイザーに関する事項**

【確認書類】アドバイザーであることがわかる研修修了証の写しを添付