

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 of 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	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> (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	<input type="checkbox"/> 1 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 2 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 3 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 4 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 5 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 6 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 7 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 8 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 9 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 10 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 11 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 12 介護医療院 <input type="checkbox"/> 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 <u>4回以上</u> 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 No.		2	研修 No.	
	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 No.		4	研修 No.	
	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	<input type="checkbox"/> 口演 <input type="checkbox"/> 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