

令和6年度岩手県介護支援専門員専門I・更新研修 提出事例チェック表

介護支援専門員 登録番号		受講者氏名		番号	※事務局記入
-----------------	--	-------	--	----	--------

提出前にご確認ください。(チェック後ご提出ください)

1 事例について

チェック <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	利用者、家族、所属事業所の管理者の承諾を得た。

2 提出書類及び部数について

※ ①～④は必ず原本をコピーし、**まとめて左上1か所をホチキス留めしたものを2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 <input checked="" type="checkbox"/>	提出書類				部数	
		居宅	施設	予防		様式
<input type="checkbox"/>		チェック表 ※この用紙			事務局指定 様式	1部
<input type="checkbox"/>	①	基本情報・アセスメント表			事務局指定 様式	2部
<input type="checkbox"/>	②	居宅サービス計画書 (1)及び(2)	施設サービス計画書 (1)及び(2)	基本チェックリスト	各事業所で 使用している 様式	
<input type="checkbox"/>	③	週間サービス計画書	日課表または 24H シ ート等	介護予防サービス・ 支援計画書		
<input type="checkbox"/>	④	サービス担当者会議 の要点	サービス担当者会議 の要点	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)		

※ 事前提出2部の他に、

集合研修初日及び2日目に、上記①～④を自分の分を含めて**5部**お持ちください。

提出期限：6月4日(火) 消印有効