**令和７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☑ |  |
| □ | 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。 |

**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☑ | 提出書類 | 部数 |
|  | 居宅 | 施設 | 予防 | 様式 |
| □ |  | チェック表　※この用紙 | 事務局指定様式 | **１部** |
| □ | ① | 提出事例情報 | 事務局指定様式 | **２部** |
| □ | 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 |
| □ | 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 |
| □ | 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：５月26日(月)　消印有効**