

|       |  |
|-------|--|
| ※受付番号 |  |
|-------|--|

令和3年度 香川県介護支援専門員再研修受講申込書

\* 記載要領を確認のうえ、御記入下さい。

| * 研修部で <b>コース指定・受講決定</b> をしますので、 <input type="checkbox"/> のどれか <b>1つ</b> にチェックを付けてください。 |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aコース・Bコースの <b>どちらの日程でも</b> 受講できる                               |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Aコースのみ 受講できる   |   | <input type="checkbox"/> Bコースのみ 受講できる |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員登録番号   | 根拠資格  | 有効期間満了日                               |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   | (西暦) 20 年 月 日<br>(平成・令和 年)            |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |   | 生年月日                                  |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名  |   | (西暦) 19 年 月 日<br>(昭和・平成 年)            |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現住所   | (〒 - )  |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 電話 ( ) -  | 携帯電話 ( ) -                            |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 日中つながる電話番号 (必須) : ( ) -   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| オンライン研修登録メールアドレス  |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員実務経験の有無  | ①( ) <b>実務未経験</b>   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ②( ) <b>実務経験あり</b><br>【介護支援専門員実務従事期間等】  |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  <table border="1"> <thead> <tr> <th>従事期間<br/>○年○月～△年△月</th> <th>従事年数<br/>(○年○ヶ月)</th> <th>事業所名</th> <th>事業所種別<br/>(記入要領<br/>①～⑨から選択)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">合計 : 年 ヶ月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 従事期間<br>○年○月～△年△月                     | 従事年数<br>(○年○ヶ月) | 事業所名                       | 事業所種別<br>(記入要領<br>①～⑨から選択) | 合計 : 年 ヶ月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 従事期間<br>○年○月～△年△月   | 従事年数<br>(○年○ヶ月)                       | 事業所名            | 事業所種別<br>(記入要領<br>①～⑨から選択) |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 合計 : 年 ヶ月   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課題分析方式  | 1( ) 居宅サービス計画ガイドライン方式<br>2( ) 三団体版ケアプラン策定研究方式<br>3( ) 日本介護福祉士会方式<br>4( ) 日本社会福祉士会方式<br>※ 前期の研修(演習)で用いますので、課題分析方式を1つ選択してください。  |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受講地変更の連絡  | (※現在の登録地が香川県外の方のみご記入ください。)<br>登録都道府県への受講地変更希望の連絡 【 済 ( 都道府県)】   |                                       |                 |                            |                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※介護支援専門員証 (又は介護支援専門員登録証明書、登録通知書) の写しを添付すること

## 令和3年度 香川県介護支援専門員再研修受講申込書記入要領

受講申込書記入にあたっては、下記を参照の上、丁寧に記入してください。

|                            |   |
|----------------------------|---|
| ※受付番号                      | 記入しないでください。   |
| *受講コース                     | <p>① 受講コースは、研修部で指定します。<br/>ただし、【受講申込書】の「Aコースのみ受講できる」や「Bコースのみ受講できる」にチェックを付けて、コースを指定した場合には、希望のコースの中で、上記①を優先し、受講決定します。</p> <p>② 新型コロナウイルス感染防止対策のため、定員を制限していますので、他コースへの受講日等の変更はできません。</p>   |
| 介護支援専門員<br>登録番号<br>有効期間満了日 | 介護支援専門員証に表示している番号を記入してください。<br>介護支援専門員証の有効期間満了日を記入してください。   |
| 根拠資格                       | <u>介護支援専門員実務研修受講試験申込時、記載した資格を記入ください。</u><br>例：医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、相談援助業務 等   |
| 氏名                         | 介護支援専門員証に記載されている氏名を記入の上、必ずフリガナも記入してください。  |
| 生年月日                       | 西暦で記入してください。( )の元号・年も記入してください。  |
| 現住所                        | 必ずフリガナも記入し、市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）〇〇様方まで正確に記入してください。 <u>受講決定通知書は、現住所に郵送します。</u> また、郵便番号、電話番号（特に日中つながる電話番号は必須）も忘れずに記入してください。   |
| オンライン研修登録メールアドレス           | オンライン研修（eラーニング、Webex ミーティング）を受講するためのユーザーIDやパスワード、ミーティング招待URL等を送付するので、必ず記入してください。（eラーニングIDは所属に関係なく一人につき1アカウントずつ設定します）メールアドレスは個人用、所属用等、特に指定はありませんが、 <u>受講者がメールを確認できるものを推奨</u> します。<br>英数字（大文字、小文字、0（オー）と0（ゼロ）等）や記号（アンダーバーとハイフンの区別等）は正確に記入してください。（ホームページのワード様式にパソコン入力を推奨します） |
| 介護支援専門員実務経験の有無             | <p>①「実務未経験」：一度も介護支援専門員の業務をしていない。</p> <p>②「実務経験あり」：<u>現在までに</u>介護支援専門員の業務に従事した期間及び事業所名を記載してください。複数ある場合は、最後に合計年数を記入して下さい。</p>   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <p>介護支援専門員<br/>実務従事期間等</p> | <p>介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、介護支援専門員として就労したものです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①居宅介護支援事業者</li> <li>②特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者</li> <li>③小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護に限る。）に係る地域密着型サービス事業者</li> <li>④基準該当居宅介護支援事業者</li> <li>⑤介護保険施設</li> <li>⑥介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者</li> <li>⑦介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者</li> <li>⑧指定介護予防支援事業者及び基準該当介護予防支援事業者</li> <li>⑨地域包括支援センター</li> </ul> <p>ただし、これらの事業所又は施設で就労していた場合でも、単に、要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合や利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行っていた等でサービス計画の作成を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません。</p> <p>なお、指定居宅介護支援事業所においては、基準上、常勤専従の管理者を置くこととなっており、当該管理者については、実務経験があると認められます。</p> |
| <p>課題分析方式</p>              | <p>演習で使用しますので、1つ選択してください。<br/>（判断基準としては、現勤務先が使用している方式、あるいは勤務する予定になっている事業所等が使用している方式、実務研修受講時に選択した方式 等です。）</p>   |
| <p>受講地変更の連絡</p>            | <p>現在、登録地が香川県外の者のみ記入してください。<br/>研修受講前までに「受講地変更申請」していただく必要がありますので、登録都道府県に連絡してください。</p>  |