

## 令和3年度 介護支援専門員専門研修課程Ⅱ【更新に係る研修】受講申込書

◆記入要領を確認のうえ、御記入下さい。

|                      |  |  |  |                            |              |
|----------------------|--|--|--|----------------------------|--------------|
| 介護支援専門員登録番号          |  | 根拠資格   |  | 専門員証有効期間満了日                |              |
|                      |  |  |  | (西暦) 20 年 月 日 ※<br>( 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 ( ) -                 |              |
| eラーニング登録<br>用メールアドレス |  |  |  |                            |              |
| 現 勤 務 先              |  | 事業所登録番号  |  |                            |              |
|                      |  | (該当する番号を記入) *①居宅介護支援事業所で、 <u>管理者の方はいずれかを選んでください。</u><br>⇒ 専任である ・ 兼務である    |  |                            |              |
| 事業所種別                |  | ①居宅介護支援事業所   |  | ⑥特定施設(地域密着型・予防含む)          |              |
|                      |  | ②特別養護老人ホーム(地域密着型含む)  |  | ⑦小規模多機能型居宅介護,              |              |
|                      |  | ③介護老人保健施設  |  | ⑧認知症対応型共同生活介護(注2)          |              |
|                      |  | ④介護医療院   |  | ⑨看護小規模多機能型居宅介護             |              |
|                      |  | ⑤介護療養型医療施設   |  | ⑩地域包括支援センター                |              |
|                      |  | 注1:②~⑤にかかる短期入所生活介護、短期入所療養介護は 含まない。<br>注2:⑧については、介護支援専門員としての位置づけがない方は 含まない。 |  |                            |              |
| 勤 務 先 住 所            |  | (〒 - )   |  |                            |              |
|                      |  | 電話 ( ) -   |  |                            |              |
| 介護支援専門員<br>実務従事期間    |  | 年 月 (申込時点)   |  | 取扱<br>件数                   | 件<br>(1ヶ月平均) |
| 更新に係る研修<br>受 講 実 績   |  | ①専門研修課程Ⅰ(平・令 年度修了/見込) 香川県・他県( )  |  |                            |              |
|                      |  | ②専門研修課程Ⅱ(平・令 年度修了) 香川県・他県( )   |  |                            |              |
|                      |  | ③主任更新研修(平・令 年度修了) 香川県・他県( )  |  |                            |              |
|                      |  | ④更新研修(平・令 年度修了) 香川県・他県( )  |  |                            |              |
|                      |  | ⑤再研修(平・令 年度修了) 香川県・他県( )   |  |                            |              |

● 介護支援専門員証のコピー(A4サイズ用の用紙)を添付してください。

※ 「みなし」の適用を受けている方は通知文のコピーも添付してください。

## 介護支援専門員専門研修課程Ⅱ 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、ボールペンを使用し、楷書で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。   |
| 介護支援専門員登録番号      | 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。   |
| 根拠資格             | <u>介護支援専門員実務研修受講試験申込時</u> 、記載した資格を記入ください。<br>例：医師、看護師、介護福祉士、相談援助業務、介護等の業務 等   |
| 有効期間満了日          | <u>介護支援専門員証の有効期間満了日</u> を西暦表示で記入してください。<br>( ) の元号・年も記入してください。  |
| ※「みなし」の適用を受けている方 | 有効期間の取扱いについて、「みなし」の適用を受けている方は、県からの通知文の写しも添付してください。  |
| 氏名               | 介護支援専門員証に記載している氏名を記入してください。<br>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）<br>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><br>また、郵便番号、電話番号も忘れずに記入してください。   |
| eラーニング登録用メールアドレス | eラーニングを受講するためのユーザIDとパスワードを送付するので、必ず記入してください。（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）<br>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）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） |
| 現勤務先             | 現在の勤務先名称について、省略せずに正確に記入してください。  |
| 事業所登録番号          | 事業所の登録番号を記入してください。  |
| 事業所種別            | 番号（次の項目の①～⑩で該当する番号）を記入してください。<br>ただし、②～⑤にかかる短期入所生活介護、短期入所療養介護は含まない。<br>また、①を選択した方については、管理者のみ専任か兼務かを選択してください。  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| 勤務先住所             | 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。郵便番号、電話番号も忘れずに記入してください。  |
| 介護支援専門員<br>実務従事期間 | <p>介護支援専門員として<b>実務に従事していた期間(申込時点)</b>を記入してください。<br/> <u>なお、複数の事業所に勤務した場合には、期間を通算して記入してください。</u></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、<b>介護支援専門員として就労した</b>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><u>ただし、これらの事業所または施設で就労していたとしても、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のみで、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。また、認知症対応型共同生活介護事業所で計画作成者としての業務のみで介護支援専門員としての位置づけにない場合（介護職として勤務している）も、実務経験として認められません。</u></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> |
| 取扱件数              | 利用者のアセスメントからサービス計画作成、モニタリング等の一連のマネジメントをおこなっている取り扱い件数（月平均件数）を記入ください。   |
| 更新に係る研修<br>受講実績   | 現在までのご自身の研修受講状況について記入していただきます。<br>右に記載されている研修の受講状況をすべて記入してください。<br>県外での受講の場合は、都道府県名も記載してください。   |