

令和 3 年度香川県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

香川県主任介護支援専門員更新研修を受講したいので、申し込みます。

介護支援専門員登録番号	介護支援専門員証 有効期間満了日		主任介護支援専門員有効期間満了日	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
フリガナ	生年月日			
氏 名	年 月 日			
現住所	(〒 - )			
	電話 ( ) -	携帯電話 ( ) -		
オンライン研修登録 メールアドレス				
現勤務先名称	主任介護支援専門員数		人	
	介護支援専門員数		人	
介護保険事業所番号	特定事業所加算 の届出の有無		I ・ II ・ III ・ 無	
現勤務先住所	(〒 - )			
	電話 ( ) -			
助言・指導件数	1 年間の平均 件 / 年			
主任介護支援専門員 の従事期間	年 ヶ月 (令和 3 年 5 月末時点)			
現在の職場における 業務従事状況 (複数回答可)	1 主任介護支援専門員	2 管理者		
	3 介護支援専門員	4 その他 (具体的: )		
受講要件該当区分 (該当する番号に○印 を記入してください。)	1 介護支援専門員に係る法定研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者 1-2 実務研修の実習指導者(主任介護支援専門員)は、2年の実績があること 2 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等を年間 4 回以上受講した年が 2 年ある者 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、演題発表等の経験がある者 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 5 主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者(推薦基準に該当し、市町又は県が推薦する者)			
研修受講方法 についての確認	いずれかにチェックしてください。(原則、オンラインで受講をお願いします) <input type="checkbox"/> オンライン受講できる。 <input type="checkbox"/> オンライン受講環境不良のため、サテライト会場での受講を希望する。			

\*裏面の記載要領を御参照ください。

## 香川県主任介護支援専門員更新研修受講申込書記載要領

受講申込書作成については、パソコン入力で差し支えありません。手書きの場合は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 介護支援専門員証有効期間満了日 主任介護支援専門員有効期間満了日	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。 介護支援専門員の有効期間満了日を記入してください。 主任介護支援専門員の有効期間満了日を記入してください。
氏名	介護支援専門員証に記載した氏名を記入の上、必ずフリガナも記入してください。氏名が変更になった方で専門員証の書換交付申請をしていない方は、現在の氏名を記入し、併せて介護支援専門員証の書換交付申請をしてください。
生年月日	記入してください。
現住所	市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）まで正確に記入してください。受講決定通知書は、現住所に郵送します。また、郵便番号、電話番号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 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。（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。 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。（ <u>ホームページのワード様式にパソコン入力を推奨</u> します）
現勤務先名称	現在の勤務先名称について、 <b>省略せずに正確</b> に記入してください。
介護保険事業所番号	事業所番号を記入してください。
主任介護支援専門員、 介護支援専門員数	事業所に所属する主任介護支援専門員養成研修修了者数及び介護支援専門員数を記入してください。（受講者本人を含む）
特定事業所加算の届出の有無	特定事業所加算「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、無」いずれかに○をしてください。
現勤務先住所	正確に記入してください。
助言・指導件数	介護支援専門員に対する助言や指導した年間平均の件数を記入してください。
主任介護支援専門員の 従事期間	主任介護支援専門員として配置されていない場合は、主任介護支援専門員研修修了後、介護支援専門員として従事した期間を記入してください。
現在の職場における業務 従事状況	該当する番号を全て○で囲んでください。4 その他の場合は、具体的記入してください。（例：通所介護の看護師、訪問介護員 等）
受講要件該当区分	該当する番号を○で囲んでください。確認書類を添付してください。
研修受講方法 についての確認	必ずいずれかにチェックしてください。（新型コロナウイルス感染対策のため、原則、オンラインで受講をお願いします）