

申込様式 4

令和 2 年度岩手県 **主任介護支援専門員研修** 受講申込書

フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日
自宅電話番号	( )				
携帯電話番号	- -				
自宅住所	〒				
登録地	<input type="checkbox"/> 岩手県 <input type="checkbox"/> ( ) 都道府県				
登録番号					
有効期間満了日	平成 年 月 日				
現在 在勤 務し てい る事 業所 (施設)	事業所番号				
	名称	(法人名)  (事業所・施設名)			
	所在地	〒			
	電話番号	( )	FAX 番号	( )	
	事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
身体障がい等のため、受講時の配慮を希望する場合、内容を具体的に記入してください。					

必ず、この欄に介護支援専門員証のコピーしたものを貼付してください。

(注意) 介護支援専門員証の有効期間満了日が平成 33 年 1 月～平成 33 年 12 月の方は、更新研修の受講が必要です。

(※ 2 枚目以降も必ずご記入ください)

次の1～6について、該当する箇所にチェックをしてください。

1	前年度までに専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは実務経験者に対する更新研修を修了している。	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	前回受講研修修了年月日 平成( )年( )月 ( )日
---	---	--	-----------------------------------

(注)「はい」にチェックをした方は、専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは実務経験者に対する更新研修の修了証明書の写しを添付してください。(専門研修課程Ⅰについては、平成15～17年度に実施された介護支援専門員現任研修基礎研修課程又は基礎研修課程Ⅰ若しくはⅡでも可)

2	「専任」の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60か月)以上である(指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定可)	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	---	--

(注)「専任」の介護支援専門員とは、「常勤」かつ「専従」の介護支援専門員のことを指します。「常勤」とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(32時間を下回る場合は32時間を基本とします)に達していることをいいます。「専従」とは、勤務時間帯を通じて当該業務以外の職務に従事しないことをいいます。この場合の業務時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいいます。

3	ケアマネジメントリーダー養成研修の修了者又は認定ケアマネジャーであって、「専任」の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36か月)以上である	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	---	--

(注)「はい」にチェックをした方は、ケアマネジメントリーダー養成研修の修了書又は認定ケアマネジャー認定証の写しを添付してください。

4	介護保険法施行規則140条の66第1号のイ(3)に規定する「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に地域包括支援センターに配置されている者であって、市町村長の推薦がある者	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	--	--

(注)「はい」にチェックをした方は、市町村長の推薦書(様式任意)を添付してください。

5	地域包括支援センターに配置されている者で、ケアプラン(予防を含む)の作成業務に従事した期間が他の介護支援事業所等での専任の介護支援専門員の期間を含め、5年(60か月)以上あり、地域の介護支援専門員への指導支援等に関し十分な知識と能力を有する者として市町村長(受託している場合も含む。)推薦がある者	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	--	--

(注)「はい」にチェックをした方は、市町村長の推薦書(様式任意)を添付してください。

6	常勤の介護支援専門員として従事した期間(兼務の期間を含む)が通算して5年(60か月)以上であって、兼務の内容が在宅介護支援センターにおける相談援助業務である	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	--	--

(注)「はい」にチェックをした方は、該当する研修における講師の実績を証明する書類(研修名、実施主体、受講対象者、研修内容がわかるものであり、講師依頼文書や講義資料等)の写しを添付してください。

7	常勤の介護支援専門員として従事した期間(兼務の期間を含む)が通算して5年(60か月)以上であって、介護支援専門員研修または介護支援専門員の資質向上を目的として全県もしくは高齢者福祉圏域で実施する研修において講師の実績がある者	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	--	--

(注)「はい」にチェックをした方は、市町村長の推薦書(様式任意)を添付してください。

本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、主任介護支援専門員研修の受講を申し込みます。

令和 年 月 日

署名

印

### 所属事業所推薦書及び受講希望書

#### 【受講申込者記入欄】

受講申込者氏名	
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 資質向上（自己研鑽）のため <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員として地域貢献したいため <input type="checkbox"/> 特定事業所加算を取得（格上げ）するため <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所の管理者要件を満たすため <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターの（将来的に）職員配置基準を満たすため <input type="checkbox"/> その他（
主任介護支援専門員研修は、人材育成及び地域づくりを实践できる人材を養成することを目的にしています。 このことを踏まえ ①主任を目指すにあたり、これまでご自身が取組んできたこと ②今後、主任として実践したいと考えていること ③自身の目指す主任の姿など 400～600字の文章で記入してください。	

#### 【管理者記入欄】

上記の者を次の理由から主任介護支援専門員の受講者として推薦します。 (例：介護支援専門員としての仕事及び資質向上の姿勢、指導者としての資質等を記入)
記入日：令和 年 月 日 事業所等の名称： 管理者氏名： 印

注) 受講申込者が勤務する事業所の管理者が記入してください。

注) 受講申込者が管理者の場合は、法人の事務局長等又は地域包括支援センターの管理者に記入を依頼してください。