

令和 2 年度岩手県 **主任介護支援専門員更新研修** 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	()		必ず、介護支援専門員証の両面をコピーのうえ、A4判の用紙（各自用意）に貼付して提出してください。			
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
証の有効期間満了日	平成 年 月 日					
主任有効期間満了日	平成 年 月 日					
現在勤務している事業所（施設）	事業所番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	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"/> 1 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 2 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 3 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 6 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 7 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 8 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 9 その他 ()				
主任研修 or 主任更新研修 修了年月日	平成 年 月 日 修了		※主任介護支援専門員研修修了証明書または主任介護支援専門員更新研修修了証明書の写しを添付のこと			

受講要件のうち、下記 1～5 の該当する番号を○で囲んでください。

1	介護支援専門員に係る法定研修の企画担当者、研修講師、ファシリテーター又は実務研修実習指導者の経験がある。
2	要件を満たす法定外研修を前年度（平成 31 年 4 月 1 日から令和 2 年 3 月 31 日までの期間）に 4 回以上受講した。
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、演題発表の経験がある。
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である。
5	介護支援専門員地域同行型研修においてアドバイザーを務めた。

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下さい。	
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更新研修の受講を申し込みます。	
令和 年 月 日	署名 _____ 印
受講決定書の送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅

(本書を送付する前に、必ずコピーして保管してください。)

該当する箇所に記入してください

1. 法定研修における講師等に関する事項・・・講師依頼書等、研修企画・研修講師、ファシリテーター又は実務研修実習指導者を行った結果が分かるものの写しを添付※

①	研修名	
②	科目	
③	役割	講師・指導者・ファシリテーター・実習指導者・その他()
④	研修開催年度	年度

※実務研修実習指導者で、証明書を失くした方は研修事務局(019-629-2300)にお問い合わせください。

2. 法定外研修参加に関する事項・・・研修修了証明書または介護支援専門員協会研修手帳等の写しを添付

※ 当財団ホームページに公表中の『令和2年度岩手県主任介護支援専門員更新研修の受講要件2「法定外研修」一覧(令和2年3月31日現在)』の一覧表に掲載されている番号を記入すること。一覧表にない場合は、番号は書かず、研修名・実施主体・受講対象者・研修内容がわかる研修要領等を添付すること。

1	研修No※		2	研修No※	
	開催団体			開催団体	
	研修名			研修名	
	研修内容			研修内容	
	研修日時	年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで		研修日時	年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで
	研修時間	時間 分(演習 分)		研修時間	時間 分(演習 分)
3	研修No※		4	研修No※	
	開催団体			開催団体	
	研修名			研修名	
	研修内容			研修内容	
	研修日時	年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで		研修日時	年 月 日 時 分から 月 日 時 分まで
	研修時間	時間 分(演習 分)		研修時間	時間 分(演習 分)

3. 演題発表に関する事項・・・抄録の写しを添付

①	大会名	
②	演題	<input type="checkbox"/> 口演 <input type="checkbox"/> ポスター
③	発表年月日	年 月 日

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・・・認定ケアマネジャー認定証の写しを添付

5. 地域同行型研修アドバイザーに関する事項・・・アドバイザーであることがわかる研修修了証の写しを添付