

※必ず1枚の用紙へ両面印刷してください。

「平成27年度沖縄県主任介護支援専門員研修」受講申込書

受講申込日：平成 27年 月 日

ふりがな			生年月日	昭和	
申込者氏名			年 月 日生		
現住所 (自宅)	〒 -				
緊急連絡先	(携帯) -				
基礎資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護支援専門員 登録番号			登録 都道府県	<input type="checkbox"/> 沖縄県 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※沖縄県以外で登録されている方は、必ず介護支援専門員証(登録証明書)の写しを添付してください。</small>	
勤務先	種別	<input type="checkbox"/> 居住系 (<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> グループホーム) <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 施設系 (<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事業所 名称				
	事業所番号				
	所在地	〒 -			
	TEL	- -		FAX	- -
	職名	<input type="checkbox"/> 専任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 兼務 (管理者・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()			
受講要件 (いづれかの番号に○)	1. 実務経験が5年(60ヶ月)以上		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ヶ月)以上である。地域包括支援センターに介護予防プランナーとして従事した期間も含むこととする。(但し、管理者との兼務は期間として算定可能。)		実務経験証明書(様式1)を添付
	2. 実務経験が3年(36ヶ月)以上		ケアマネジメントリーダー養成研修(H14~H17年度)を修了した者、又は日本ケアマネジメント学会が認定する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ヶ月)以上である。(但し、管理者との兼務は期間として算定可能。)		実務経験証明書(様式1)、ケアマネジメントリーダー養成研修修了証書の写し、または日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー認定証の写しを添付
	3. 主任介護支援専門員に準ずる者		「主任介護支援専門員に準ずる者」として、地域包括支援センターに配置されている者。(予防プランの作成のみは、主任介護支援専門員に準ずるものに該当しない)。「主任介護支援専門員に準ずる者」とは、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推薦について」(平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者(「地域包括支援センターの手引き」厚生労働省老健局より引用)。		地域包括支援センター在籍証明書(様式2)を添付
	4. その他		介護支援専門員として従事した期間(短時間勤務日含む)が通算して5年(60ヶ月)以上であり、介護支援専門員に関する研修会の講師や、地域で働く介護支援専門員の支援活動を行うリーダー的な役割を果たしている者。		研修講師指導経験等に関する確認票(様式3)を添付

◆研修受講歴(口にチェックを入れて、修了年月日をご記入ください。)

介護支援専門員専門研修課程Ⅰ(更新研修を兼ねる)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 修了
介護支援専門員専門研修課程Ⅱ(更新研修を兼ねる)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 修了
ケアマネジメントリーダー養成研修	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 修了
【資格】日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 認定

※研修受講歴につきましては、すべて修了証書等の写しを添付してください。

※裏面もご記入ください。

◆**現在お勤めの事業所について**

(1) 介護支援専門員の配置数、配置計画を正確に記入してください。

	H27年4月末日時点の配置人数		H27年度中の増員予定人数	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
主任介護支援専門員	人	人	人	人
介護支援専門員 (主任介護支援専門員を除く)	人	人	人	人

(2) 特定事業所加算について、以下該当する番号に○をつけてください。

<p>1. 平成27年度中に特定事業所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）を算定する予定である。</p> <p>2. 平成27年度中に特定事業所加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）を算定する予定はない。</p> <p>3. 現時点ではどちらともいえない。</p>

◆**研修講師指導経験等について**

(1) 介護支援専門員を対象とした研修会の講師経験や、育成・指導の実績や経験があれば記入してください。

--

(2) 研修修了後、介護支援専門員を育成・指導するための研修等にご協力いただける分野を記入してください。

<p>例) ○○の演習で演習補助者（ファシリテーター）が可能</p>

※ 事業所等名 :	_____
※ 所属長名 :	_____ 印
※ 事業所等所在地 :	_____
	〒 _____
※ TEL :	_____
	FAX : _____
※ 連絡担当者名 :	_____

※申込者の上司の方が申込み内容を確認後、点線で囲まれた※印へ署名・押印の上、ご提出ください。（申込者本人による署名・捺印は無効となります。）