


平成30年度 香川県介護支援専門員更新研修受講申込書

* 記載要領を確認のうえ、御記入下さい。

| | 介護支援専門員登録番号 | 根拠資格 | 有効期限 | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------------------|-----------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|
| | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | (〒 -) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 () - | 携帯電話 () - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 実務経験の有無 | ①() 実務未経験 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ②() 実務経験あり | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  【介護支援専門員実務従事期間等】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>従事期間 ○年○月～△年△月</th> <th>従事年数 (○年○ヶ月)</th> <th>事業所名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3">合計 : 年 ヶ月</td> </tr> </tbody> </table> | 従事期間 ○年○月～△年△月 | 従事年数 (○年○ヶ月) | 事業所名 | | | | | | | | | | 合計 : 年 ヶ月 | | | |
| 従事期間 ○年○月～△年△月 | 従事年数 (○年○ヶ月) | 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 : 年 ヶ月 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※現在実務に従事している者は、勤務先、住所を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現勤務先 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先住所 | | (〒 -) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話 () - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望日程 | () Aコース | | () Bコース | | | | | | | | | | | | | | |
| 課題分析方式 | 1() 居宅サービス計画ガイドライン方式 2() 三団体版ケアプラン策定研究方式 3() 日本介護福祉士会方式 4() 日本社会福祉士会方式 ※ 前期の研修(演習)で用いますので、課題分析方式を1つ選択してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 香川県外登録者 受講確認 | 登録都道府県の受講の確認 【未・済(都道府県)】 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 介護支援専門員証のコピーを添付すること

平成30年度 香川県介護支援専門員更新研修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 有効期限 | 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。 介護支援専門員証の有効期限を記入してください。 |
| 根拠資格 | 介護支援専門員実務研修受講試験申込時、記載した資格(基本資格)を記入ください。 例：医師、看護師、介護福祉士、相談等の業務、介護等の業務 等 |
| 氏 名 | 介護支援専門員証に記載されている氏名を記入の上、必ずフリガナも記入してください。 |
| 生年月日 | 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 ○○様方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。 |
| 介護支援専門員実 務経験の有無 | ①「実務未経験」：介護支援専門員証の有効期間内に、一度も介護支援専門員の業務をしていない。 ②「実務経験あり」：現在までに介護支援専門員の業務に従事した期間及び事業所名を記載してください。複数ある場合は、最後に合計年数を記入して下さい。 ※現在実務従事中の者は、現勤務先及び勤務先住所・電話番号を記入してください。 現勤務先は、現在の勤務先名称を省略せずに正確に記入してください。勤務先住所は、市町村名、字、番地まで正確に記入してください。 |
| 介護支援専門員 実務従事期間等 | 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、介護支援専門員として就労したものです。 ①居宅介護支援事業所 ②特定施設入居者生活介護事業所 ③小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所、看護小規模多機能型生活介護事業所 ④介護保険施設 ⑤介護予防特定施設入居者生活介護事業所 ⑥介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 ⑦介護予防支援事業者 ⑧地域包括支援センター。 但し、これらの事業所又は施設で就労していた場合でも、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等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。 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。 |
| 希望日程 | 日程A, B から選択してください。 ※必ず、研修最終日が介護支援専門員証の有効期間内であることを確認してください。 |
| 課題分析方式 | 演習で使用しますので、1つ選択してください。 (判断基準としては、現勤務先が使用している方式、あるいは勤務する予定になっている事業所等が使用している方式、実務研修受講時に選択した方式 等です。) *更新研修(実務経験者)は活用しません。 |
| 香川県外登録者 受講確認 | 現在、香川県外登録をしている者のみ記入してください。香川県での研修受講にあたっては、必ず登録都道府県に香川県での受講の確認を得た上でお申込みください。 |