主任更新　様式１

年　　　月　　　日

特定非営利活動法人奈良県介護支援専門員協会理事長殿

事業所名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和４年度　奈良県主任介護支援専門員更新研修申込書【事業所用】

1.　事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所種別 | ①地域包括支援センター・②居宅介護支援事業所・③その他（　　　　　　）　 |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　奈良県　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 事業所の介護支援専門員数 | 常勤専従者数　　　　人 | 介護支援専門員総数　　　　　　人 |
| 特定事業所加算の算定 | ①算定している・②予定している・③予定なし・④未定 |

2.　受講希望者一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 管理者 | フリガナ氏　名 | 介護支援専門員登録証番号 | 当該事業所採用年月日 | 包括勤務予定 | 居宅介護支援管理者予定 |
| 通算実務経験年数（令和４年5月1日現在） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 | 有無 | 有無 |
| 年　　　か月 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 | 有無 | 有無 |
| 年　　　か月 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 | 有無 | 有無 |
| 年　　　か月 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 | 有無 | 有無 |
| 年　　　か月 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 | 有無 | 有無 |
| 年　　　か月 |

主任更新　様式2

 　　年　　　月　　　日

令和４年度　奈良県主任介護支援専門員更新研修申込書【個人票】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ【姓と名の間を1マス空ける】 | 介護支援専門員登録証明書番号 | 主任介護支援専門員としての経験年数（令和４年5月1日現在） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受講希望者氏名　　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　か月 |
| 登録都道府県　　　　　　　　　　 |
| 生年月日（登録に必要）　　　　　 | 　緊急連絡時の携帯電話番号（必ず記入して下さい）　(休講時等の連絡先) |
|  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 自 宅 住 所　〒　　－　　（登録に必要ですので必ず記入してください）　 |
| メールアドレス（携帯電話は不可）　必ず記入してください。（大きくはっきりと）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 所属事業所名（令和４年5月1日現在） | 介護保険事業者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 希望コースに〇印を付けて下さい | Ａコース |  | Ｂコース |  |
| 介護支援専門員としての現在の担当　いずれかに○をつけて下さい（　居宅　・　施設　・　包括　・　地域密着　　・　その他　） |
| ●介護支援専門員証の有効期間満了日 | 　年　　　　月　　　　日 | 主任更新研修の受講回数 | 初回 |  |
| ●主任介護支援専門員の有効期間満了日 | 　　年　　　　月　　　　日 | 2回目 |  |
| ●個別要件（該当要件に○） |  | 1. 介護支援専門員の資質向上に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者
 |
|  | 1. 地域包括支援センターや当協会など職能団体が開催する法定外の研修等に年４回以上参加した者
 |
|  | 1. 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
 |
|  | 1. 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者
 |
|  | ⑤　介護支援専門員実務研修の実習受け入れ事業所に所属し、かつ実習生の指導を行った者 |
|  | ⑥　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、市町村の推薦を受けて都道府県が適当と認める者 |
| ●介護支援専門員実務研修受講試験を受講したときの資格要件を1つ選択し番号を記入してください。1医師　　2歯科医師　　3薬剤師　　4保健師　　5助産師　　6看護師　　7准看護師　　8理学療法士　　9作業療法士　　10社会福祉士　　11介護福祉士　　12視能訓練士　　13義肢装具士　　14歯科衛生士　　15言語聴覚士　　16あん摩マッサージ師　　17はり師・きゅう師　　18柔道整復師　　19栄養士20精神保健福祉士　　21その他の相談職　　22その他の介護職 |
| 奈良県介護支援専門員協会会員の方は会員番号を記入してください  |  |  |  |  |  |  |
| 備考 | ①修了証や証明書との氏名の相違（旧姓等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②受講時に特に必要な配慮（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　主任更新　様式３

勤務証明書（就業証明書）

氏　　名

生年月日

住　　所

上記の者、当事業所（法人）において主任介護支援専門員として、現に従事していることを証明します。

　　年　　月　　日

事業所（法人）名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

主任更新　様式４

**受講者名：**

**事例提出　選択項目**

**（必ず４つ以上該当する事例を選択してください。また主要なものに◎を付けて下さい。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例 |
|  |  | 看取り等における看護サービス活用に関する事例 |
|  |  | 認知症に関する事例 |
|  |  | 入退院時等における医療との連携に関する事例 |
|  |  | 家族への支援の視点が必要な事例 |
|  |  | 社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例 |
|  |  | 状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例 |

**事例タイトル**

**「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」**

**※事例提出は受講決定後となりますが、演習グループの振り分けを上記選択項目により行っていきます。したがって、後日の事例提出時に選択項目の変更はできませんので、予めご了承下さい。**

**※◎で主要な項目を提示していただいていますが、事例発表においてはその項目でない場合での発表になることがあります。ご了解下さい。**

主任更新　様式５

受講生　個人票（現に事業所に所属していない方用）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 介護支援専門員登録証明書番号 |  |

主な職歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　 | 事業所名 | 職　種 |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |