主任更新様式　１

令和　　　　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6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 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 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

　該当者は□内に✔︎点をうつこと。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講優先順位 | 地域包括  主任ケアマネ  現任・予定 | 居宅介護支援事業  管理者  現任・予定 | フリガナ  氏　名 | 介護支援専門員  登録証番号 | | | | | | | |
| 1 | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ | □ | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

主任更新様式　２

　　令和　　　　年　　　月　　　日

令和6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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
| 受講希望者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 登録都道府県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日（西暦）（登録に必要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 緊急連絡時（研修当日）連絡の取れる携帯番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | | 年 | | |  | | |  | | 月 | | | |  | |  | | 日 | |
| 自宅住所　〒　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス（データ便（研修資料）配信のため携帯電話は不可）　必ず記入してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属事業所名（令和6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 | | | | | | | | | オンライン | | | | | | | | Ｂコース | | | | | | | オンライン ・ 対面会場 | | | | | | | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員としての現在の所属　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  □にレ点 | | | | | | | １回目 | | | | | | | | □ | | | | | |
| ●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の職能団体が開催する法定外の研修等に   通年４回以上参加した者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 1. 日本ケアマネジメント学会等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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 1. 介護支援専門員実務研修の「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」で実習指導者として実習生を指導したことがある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 1. 主任介護支援専門員の業務に必要な知識と経験を十分に有する者（地域の介護支援専門員に対して指導的立場にある者）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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て、

現に従事していることを証明します。

　　令和　　　年　　　月　　　日

事業所（法人）名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

主任更新様式　４

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 |  |  |