

令和5年度主任介護支援専門員研修受講申込書

令和 年 月 日

長野県社会福祉協議会会長 様

このことについて、下記のとおり申込みます。

確認	<input type="checkbox"/> 申込フォームにより申込済 (※申込が済んでいない方は下記URLより申込後、本申込書をご記入ください。)												
	フリガナ										( 昭和 ・ 平成 )		
申込者情報 (必須)	氏名		生年月日		年 月 日								
	介護支援専門員証登録番号(8桁)										電話番号	-	-
	受講要件					要件別提出書類					該当する受講要件に○		
	(1)専任(常勤専従)の介護支援専門員として従事した期間が通算5年以上である者					主任介護支援専門員研修実務経験証明書(様式2)							
	(2)ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は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って介護支援専門員として従事した期間が3年以上である者					・主任介護支援専門員研修実務経験証明書(様式2) ・ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証の写し又は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の認定登録証の写し							
	(3)常勤兼務の介護支援専門員として従事した期間が5年以上である者で、都道府県が主催する介護支援専門員に対する研修会の講師等を務めた経験がある者					・主任介護支援専門員研修実務経験証明書(様式3) ・都道府県が主催する介護支援専門員に対する研修会の講師依頼文の写し							
(4)常勤兼務の介護支援専門員として従事した期間が3年以上である者で、ケアマネジメントリーダー養成研修修了者又は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って、都道府県が主催する介護支援専門員に対する研修会の講師等を務めた経験がある者					・主任介護支援専門員研修実務経験証明書(様式3) ・ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証の写し又は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の認定登録証の写し ・都道府県が主催する介護支援専門員に対する研修会の講師依頼文の写し								
(5)地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属予定の者で、介護支援専門員として3年以上の実務経験を有し、市町村の推薦を受けた者					主任介護支援専門員研修推薦書(様式4) 主任介護支援専門員研修実務経験証明書(様式2)								
(6)施行規則第140条の66第1号イ(3)に規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配属されている者					主任介護支援専門員研修在職証明書(様式5)								

※ 必ず全ての事項を記入してください。

※ 申込フォームURL <https://kaigo.nsyakvo.or.jp/shunin>

2023年(令和5年)度主任介護支援専門員研修  
実務経験証明書【常勤専従者用】

令和 年 月 日

事業所の所在地  
法人名称  
事業所名称  
事業所番号  
代表者職・氏名 (担当者氏名) 公印  
連絡先電話番号

下記の者は標記研修の受講を申し込むにあたり、常勤専従の介護支援専門員として、以下のとおり実務に従事した経験を有することを証明します。

記

フリガナ		生年 月日	(昭和・平成) 年 月 日	介護支援 専門員証 登録番号	
氏名					
①実務 従事期間 ※右記に育児休業 等の休業や休職期 間は含めない。	(平成・令和) 年 月 日	期間	見込み含む・確定のみ		
	～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	管理者の 兼務	有・無		

<同一法人内の別事業所での業務経験を有する場合は、以下に記載してください。>

②実務 従事期間 ※右記に育児 休業等の休業 や休職期間は 含めない。	1	(平成・令和) 年 月 日 ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	事業所 名称	
		※管理者の兼務 有・無		
	2	(平成・令和) 年 月 日 ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	事業所 名称	
		※管理者の兼務 有・無		
	3	(平成・令和) 年 月 日 ～(平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	事業所 名称	
		※管理者の兼務 有・無		

実務従事期間 ① + ② 年 ヶ月

- 1 証明者が押印した原本を提出してください。
- 2 複数の事業所に勤務していた場合には、この用紙をコピーして作成してください。
- 3 常勤専従の実務従事期間とは、介護支援専門員として常勤専従で勤務している期間です。居宅介護事業所における管理者との兼務だけは通算期間に算定できません。(在宅介護支援センター管理者との兼務の期間は含みません。)
- 4 インターネット申込で従事期間を「見込み」で選択した方は、実務経験が受講要件を満たし次第、確定済みの本様式を提出してください。

2023年(令和5年)度主任介護支援専門員研修  
実務経験証明書【常勤兼務者用】

令和 年 月 日

事業所の所在地

法人名称

事業所名称

事業所番号

代表者職・氏名

公印

(担当者氏名

)

連絡先電話番号

下記の者は標記研修の受講を申し込むにあたり、常勤兼務の介護支援専門員として、以下のとおり実務に従事した経験を有することを証明します。

記

フリガナ		生年 月日	(昭和・平成) 年 月 日	介護支援 専門員証 登録番号	
氏名					
①実務従事 期間 ※右記に育児休業 等の休業や休職期 間は含めない。	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)			期間	見込み含む・確定のみ

<同一法人内の別事業所での業務経験を有する場合は、以下に記載してください。>

②実務 従事期間 ※右記に育児 休業等の休業 や休職期間は 含めない。	1	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	事業所 名称	
	2	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	事業所 名称	
	3	(平成・令和) 年 月 日 ～ (平成・令和) 年 月 日 ( 年 ヶ月)	事業所 名称	

実務従事期間 ① + ②	年 月
--------------	-----

- 1 証明者が押印した原本を提出してください。
- 2 複数の事業所に勤務していた場合には、この用紙をコピーして作成してください。
- 3 実務従事期間は、研修開始前日まで見込みとして通算できます。
- 4 インターネット申込で従事期間を「見込み」で選択した方は、実務経験が受講要件を満たし次第、確定済みの本様式を提出してください。

## 令和5年度主任介護支援専門員研修 推薦書

令和 年 月 日

市町村長 ㊟

標記研修の受講について、下記の者を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として推薦します。

## 記

フリガナ			生年月日	(昭和・平成)
氏名			年	月 日
介護支援専門員としての実務経験	事業所名	(サービス種類: )		
	実務従事期間	月 日 ~ 月 日	( 通算 年 ヶ月 )	
推薦理由	※具体的に記載してください。			
配属予定の地域包括支援センター		配属時期(予定)		

令和5年度主任介護支援専門員研修  
在職証明書

令和 年 月 日

事業所の所在地

事業所名称

代表者職・氏名 公印

(担当者氏名 )

連絡先電話番号

下記の者は標記研修の受講を申し込むにあたり、施行規則第140条の66第1号イ(3)に規定する主任介護支援専門員に  
準ずる者として、以下のとおり現に地域包括支援センターに配属されていることを証明します。

記

フリガナ		生年 月日	(昭和・平成) 年 月 日
氏名			
地域包括支援 センター名称			
実務 従事期間	年 月 日 ~ 現在		

※証明者が押印した原本を提出してください。

## 提出物チェックリスト

「確認事項」欄に記載の項目をすべて確認し、チェック欄にチェックをつけたうえで提出してください。

※提出期限までに全ての書類の提出がない場合や、不備がある場合は受講できませんので、十分に確認を行ってください。

### ● 受講申込書等

書類名等	備考	確認事項	チェック欄
インターネットの専用フォームによる申込み	<a href="http://www.nsyakyo.or.jp/shunin.php">URL:http://www.nsyakyo.or.jp/shunin.php</a>	・申込受付完了メールを受信したか。	
令和5年度主任介護支援専門員研修受講申込書(様式1)		・全ての事項を記入してあるか。	
実務経験証明書等(様式2~5)	ご自身の該当する「2 受講対象者」に示した受講要件に応じて書類をご提出ください。	・証明者が押印した原本か。 ・受講要件を満たす実務従事期間が証明されているか。 ・「確定」「見込」のいずれかに○があるか。(見込の場合、確定済みになり次第確定済みの証明書を提出すること)	

### ● 研修用書類

事例概要(様式7)	利用者の生活意向や課題分析の事例研究の根拠なる情報を指定様式に記載してください。		
ICF分類表(様式8)	ケアプランの作成にあたって着目した生活機能についてICFに整理して、まとめてください。		
事例の社会資源調査表(様式9)	事例の身近にある社会資源を、活用する可能性の有無に関わらず記載(インフォーマルな社会資源を含む)してください。施設の事例であっても施設の周囲の資源を探して記載してください。	・個人情報が特定できない形となっているか。 ・原本は保管し、写しを提出したか(原本は研修で使用)。	
ケアプラン(国の標準様式を満たすもの)	受講者本人が作成した居宅ケアプランか施設ケアプラン、第1表から第3表 または予防ケアプラン。		
レポート	ご存じのとおり、介護保険制度におけるケアマネジメントは「利用者の尊厳の保持・自立支援・福祉の増進を図る」ことが目的です。あなたがケアプラン作成にあたって、利用者(提出事例)に対しての「尊厳の保持」「自立支援」「福祉の増進」を具体的にどのように考え、どのようにしたのか説明してください。	・A4サイズ1枚以内で記載してあるか。(様式は指定なし) ・冒頭にタイトルを付記してあるか。 ・本文の文字数800~1200文字で、文末に文字数を記載してあるか。 ・事例概要の説明ではなく、テーマに即した内容の記述となっているか。 ・原本は保管し、写しを提出したか(原本は研修で使用)。	

事例概要

所属		受講申込者氏名	
----	--	---------	--

事例概要

<p><b>相談内容</b> (主訴・本人、家族の希望・困っている事・不安・思い)</p> <p>(本人)</p> <p>(家族、介護者)</p>	<p><b>これまでの生活の経過 (主な生活史)</b></p>
<p><b>エコマップ</b></p>	

健康状態

受講申込者氏名

心身機能・構造

活動

参加

環境因子

個人因子



## 社会資源調査票 (居宅用)

受講申込者氏名	
---------	--

## 事例対象者の社会資源一覧

## ■居宅及びその周辺の環境

--

## ■家族、親族

続柄	氏名(仮名)	特 徴
夫	故 さくら 友藏	愛してやまない心の支え

## ■友人、近隣、ボランティア活動

活動種類	活動者名(仮名)	特 徴
友人	たま	幼馴染と一緒に旅行に行ったりしていた

## ■一般商店や有料サービス

サービス種類	実施者名(仮名)	特 徴
酒屋	三河屋	配達の際に話し相手になってくれる

## ■訪問系サービス

サービス種類	事業所名(仮名)	特 徴
訪問介護	Aステーション	24時間対応可 喀痰吸引可能

## ■通所系サービス

サービス種類	事業所名(仮名)	特 徴
通所介護	ダイでい	早朝夜間の対応可能 常勤理学療法士がいる

## ■医療

種別	名称(仮名)	特 徴
内科医院	小石川療養所	若先生がいて、夜間の往診が早い 入院設備有

## ■環境整備

サービス種類	実施者名(仮名)	特 徴
福祉用具貸与	檜山車	車椅子のフィッティングが得意

## ■入居・入所施設

サービス種類	実施者名(仮名)	特 徴
有料ホーム	ホーム優良	定員 10 人管理人さんが看護師免許を持っている

## ■行政機関等

サービス種類	実施者名(仮名)	特 徴
おむつ無料券	市役所介護課	介護度 3 以上で 2,000 円/月 まで補助券を配布

## ■その他

サービス種類	実施者名(仮名)	特 徴
声掛け	介護寺	檀家の仲間が仏壇の花を替えに来てくれる



## ■一般商店や有料サービス

サービス種類	実施者名(仮名)	特 徴
コンビニ	安井商店	毎週1回施設内で開店しており利用している

## ■介護サービス

サービス種類	特 徴
入浴	アルプスの峰々を眺めながら浸かれる露天風呂

## ■行事、レクリエーション

サービス種類	特 徴
夏祭り	地域の人や家族と一緒に屋台や花火を楽しむお祭りで、リハビリの動機になっている

## ■環境

対象	特 徴
景色	部屋の窓から見える愛宕山、子どもの頃登ったという思い出話をしている

### ■リハビリテーション

サービス種類	特 徴
P T	訓練中に話すことが楽しみだと言い、訓練を楽しみにしている

### ■医療

種別	名称(仮名)	特 徴
内科	与井医院	嘱託医師で週2回診察している

### ■居宅介護支援事業所や居宅系サービスとの連携

サービス名	名称(仮名)	特 徴
地域包括	主任ケアマネ	年に一回在宅復帰について相談面接を受けている

### ■行政機関等

サービス種類	機関名(仮名)	特 徴
介護保険者	認定調査員	介護保険要介護認定の更新を受けている

### ■その他

サービス種類	特 徴
Myキッチン	利用者が自由に使えるキッチンがあり、パンを焼いたりしている