

法定外研修受講一覧 (要件②)

平成 年 月 日

氏 名 印

平成29年度主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3(5)②に該当する研修を修了しました。

該当する□にレを記入してください。

②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者
平成24年4月1日以降において、次のいずれかの研修（主任介護支援専門員の資質向上に関連のある研修に限る。）に4回以上参加した年度(4月1日～3月31日)が1回以上ある者としてします。

- イ 群馬県介護支援専門員協会（県内の地域支部を含む）、日本介護支援専門員協会（ブロック及び県支部を含む。）
- ロ 群馬県地域包括・在宅介護支援センター協議会、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会
- ハ 地域包括支援センター（保険者単位で実施しているもの）
- ニ 行政機関
- ホ 介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格の要件の一つとなっている法定資格の職能団体（県医師会、県看護協会、県介護福祉士会、県社会福祉士会等をさし、県内支部を含む）
- ヘ 群馬県社協が実施した実務研修実習指導者研修

実施日	研修名	主催者
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		

【注意事項】

- ※ 法定外の研修等については、「主催団体」と「研修内容」（助言指導を行うためのスキルアップ、地域包括ケアシステム構築に地域づくりかかどうか）の両者を満たす必要があります。
- ※ 当日の「研修受講日・内容・時間数」が含まれている資料、受講を確認できるものを添付
- ※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認をさせていただき、必要に応じ再提出をしていただくことがあります。
- ※ 虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。

平成29年度主任介護支援専門員更新研修証明書(要件②)

平成 年 月 日

実施機関名

代表者氏名



作成担当者氏名

連絡先電話番号 ()

FAX番号 ()

下記の者について、平成29年度主任介護支援専門員更新研修実施要綱第3(5)②に該当する研修を修了したことを証明します。

該当する□にレを記入してください。

②地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等に年4回以上参加した者
平成24年4月1日以降において、次のいずれかの研修(主任介護支援専門員の資質向上に関連のある研修に限る。)に4回以上参加した年度(4月1日~3月31日)が1回以上ある者とします。

- イ 群馬県介護支援専門員協会(県内の地域支部を含む)、日本介護支援専門員協会(ブロック及び県支部を含む。)
□ ロ 群馬県地域包括・在宅介護支援センター協議会、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会
□ ハ 地域包括支援センター(保険者単位で実施しているもの)
□ ニ 行政機関
□ ホ 介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格の要件の一つとなっている法定資格の職能団体(県医師会、県看護協会、県介護福祉士会、県社会福祉士会等をさし、県内支部を含む)
□ ヘ 群馬県社協が実施した実務研修実習指導者研修

Table with columns for name, registration number, date, course name, and theme/content.

【注意事項】

- ※ 法定外の研修等については、「実施機関」と「研修内容」(助言指導を行うためのスキルアップ、地域包括ケアシステム構築に地域づくりかかどうか)の両者を満たす必要があります。
※ 実施機関から証明いただけない場合、他に「実施機関」、「研修内容」がわかり出席した証明等がある場合は、この証明書(様式2-②証明書)の提出の必要はありません。
※ 当日の「研修受講日・内容・時間数」が含まれている資料、受講を確認できるものを添付
※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認をさせていただき、必要に応じ再提出をしていただくことがあります。
※ 虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。