

令和6年度 群馬県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

令和6年度群馬県主任介護支援専門員更新研修について、研修案内の内容を承知した上で、下記のとおり申し込みます。

1 受講希望者について

受講希望者本人	ふりがな		性別	男 ・ 女 ・ 未回答			
	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日	
	住所	〒 -	自宅電話				
			携帯電話				
			メールアドレス				
	介護支援専門員証登録番号					登録都道府県	都道府県
	介護支援専門員証有効期限			年	月	日	
	基礎資格 いずれかに○→ ※複数可	薬剤師 保健師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 社会福祉主事 ホームヘルパー 歯科衛生士 言語聴覚士 精神保健福祉士 柔道整復師 栄養士 その他()					
	主任介護支援専門員研修 修了年月日 ※1			年	月	日	
	主任介護支援専門員 <u>更新</u> 研修 修了年月日 ※1			年	月	日	
現在の勤務先	事業所名						
		事業所番号					
	所在地	〒 -					
	電話番号		FAX				
	事業所における職名	管理者 ・ その他職名 (具体名:)					
事業所形態 ※該当する項目に○	① 居宅介護支援事業所 ② 特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ③ 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に係る地域密着型サービス事業者 ④ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 ⑤ 介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者 ⑥ 介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者 ⑦ 介護予防支援事業者 ⑧ 地域包括支援センター ⑨ 看護小規模多機能型居宅介護に係る地域密着型サービス事業者 ⑩ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る地域密着型サービス事業者 ⑪ 在宅医療・介護連携支援センター						

※電話番号は申込内容確認のため、確実に連絡の取れる番号（昼間の連絡）を記入してください。

※登録番号は、写真付きの介護支援専門員証でご確認ください。

※1、修了年月日が不明な場合は、修了年度のみでも可。

2 受講要件について

①～⑤で該当するものを1つ ○で囲んでください。

		添付書類：3 添付書類を参照
①	介護支援専門員に係る法定研修の講師やファシリテーターの経験が計2年度以上かつ5回以上ある者	A B C D
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	A B C E
③	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	A B C F
④	日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー等	A B C G
⑤	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、県が適当と認める者 5年以内に群馬県社協が実施した介護支援専門員実務研修の実習指導者研修を受講し、かつ、5年以内に当該介護支援専門員実務研修の実習指導（1対1）を計2年以上にわたり受講生5人以上に行った経験を有する者	A B C H

3 添付書類（チェック欄に レ点を入れて確認してください。）

チェック	書 類 名
<input type="checkbox"/>	A 写真付きの介護支援専門員証の写し ※A4サイズ縦の用紙に、原寸大でコピー
該当する方を提出 <input type="checkbox"/>	B ① 主任更新研修を初めて受講される方 ⇒平成18～令和3年度に実施した主任介護支援専門員研修の修了証明書の写し ② 主任更新研修の受講が2回目以降の方 ⇒平成28～令和3年度に実施した主任介護支援専門員更新研修の修了証明書の写し
<input type="checkbox"/>	C 受講要件申告書 【様式2】
いずれか一つを選択 <input type="checkbox"/>	D 証明書（要件①） 【様式2-1】
	E 法定外研修受講一覧（要件②）【様式2-2】及び「法定外研修受講記録簿」【様式3】 <u>（記録簿は、提出する法定外研修の数だけ必要）</u> ※「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
	F 大会発表申告書（要件③）【様式2-3】 ※内容を確認できる資料（大会プログラム等の写し）を添付
	G 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（要件④）
	H 介護支援専門員実務研修実習受入証明書の写し（要件⑤）

※令和2年度の群馬県主任介護支援専門員研修・主任介護支援専門員更新研修はコロナの影響により中止

4 申込者の優先順位

同一事業所から複数の人の申込みをする場合、受講優先順位を記入してください。

同一事業所からの申込人数 _____人、うち本申込書受講希望者の優先順位 _____番

5 提出課題について

介護支援専門員を指導した事例の提出の可否： 可・不可（どちらかに○をつけてください）

「不可」に○をつけた場合、その理由が、「一人ケアマネ事業所のため」である際は、以下にチェックを入れてください。

一人ケアマネ事業所のため、提出不可（該当する場合、✓をつけてください）

これ以外の理由によって、「不可」である場合、その理由を具体的に記入してください。

（やむを得ない事情と判断できない場合は、今回の受講をお断りすることがあります。）

6 主任介護支援専門員として従事してきた自身の取り組みを振り返る（実践事例）

あなたは、主任介護支援専門員研修修了後、他の介護支援専門員に対する助言・指導、地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくり等その役割をどのように果してきましたか？上手くいったこと、上手くいかなかったこと等を振り返り具体的に記載してください。**※具体的に記入されていない場合や文字数の少ない場合、再提出をお願いすることがあります。**

この項目は、県社協ホームページ「申込フォーム」における該当箇所に入力してください。

※この用紙への記入は不要です。

個人情報について：受講申込書および添付書類の記載事項は、群馬県主任介護支援専門員更新研修の運営、受講資格確認、名簿登録、修了証明書発行業務以外の目的に使用いたしません。