

※当会記入欄

受付番号:

受講申込提出書類表紙兼チェックシート

フリガナ		介護支援専門員登録番号 (8桁)	研修課程 ※申込み研修に○印
氏名			更新Ⅰ ・ 専門Ⅰ 更新Ⅱ ・ 専門Ⅱ

※更新研修は有効期間満了日が平成32年1月1日～12月31日までの方

※専門研修は有効期間満了日が平成33年1月1日以降の方

【提出書類一覧】※必要な書類を揃えて提出ください。

番号	提出物一覧	提出物の有無		※該当に○印
1	受講申込提出書類表紙兼チェックシート	必須	提出物1(本紙)	<input type="checkbox"/>
2	受講申込書	必須	提出物2	<input type="checkbox"/>
3	実務経験証明書	必須	提出物3	<input type="checkbox"/>
4	研修記録シート1(課程Ⅰ)	選択必須	提出物4—①	<input type="checkbox"/> 申込者のみ
5	研修記録シート1(課程Ⅱ)	選択必須	提出物4—②	<input type="checkbox"/> 申込者のみ
6	介護支援専門員証の写し (枠内にコピーを貼付↓)	必須	介護支援専門員証の写し	<input type="checkbox"/>
7	事例(※事例作成要領は受講決定通知時に送付します)	※事例提出科目の日に持参		

6. 介護支援専門員証の写し

貼付欄

※枠内に介護支援専門員証の写し

(コピー)を貼付 ⇒

※提出物は必ず控え(コピー)を取ってください※

## 【サービス種別表】

・次の表を参考に、自身の所属のサービス種別の番号を確認し、25ページの「提出物2：受講申込書（勤務先のサービス種別）」の該当箇所の○を塗りつぶしてください。なお、現在、勤務していない場合は空欄で構いません。

1 居宅介護支援	7 特定入居者生活介護	13 介護医療院
2 介護予防支援（地域包括支援センター）	8 訪問介護	14 小規模多機能型居宅介護
3 介護老人福祉施設	9 訪問看護	15 複合型サービス
4 介護老人保健施設	10 通所介護	（看護小規模多機能型居宅介護）
5 介護療養型医療施設	11 通所リハビリ	16 その他
6 認知症対応型共同生活介護	12 地域密着型サービス	（ ）

## 【基礎資格表】

・次の表を参考に、自身の基礎資格の番号を確認し、25ページの「提出物2：受講申込書（基礎資格）」の該当箇所の○を塗りつぶしてください。

1 医師	7 理学療法士	13 はり師・きゅう師
2 歯科医師	8 作業療法士	14 柔道整復師
3 薬剤師	9 社会福祉士	15 管理栄養士
4 保健師	10 介護福祉士	16 栄養士
5 看護師	11 歯科衛生士	17 訪問介護員
6 准看護師	12 あん摩マッサージ師	18 その他（具体的に記載）
		（ ）

平成31年度広島県介護支援専門員更新・専門研修課程Ⅰ・Ⅱ 受講申込書

平成 31 年 月 日

本研修について申込みいたします。\*受講申込書は提出する前にコピーして保持ください。

\*マークシートは機械で読み取るためできるだけ濃く・しっかりと○を黒く塗りつぶしてください（良：● 悪：☑）。

\*記入は鉛筆又はボールペンをお願いします。

\*更新研修対象者で更新研修課程Ⅱを申込みの方は、「EまたはMコース」の選択はできません。

フリガナ		併当希望		課程選択				希望コース（第2希望まで記入）										
氏名		当日の注文中で確定		課程Ⅰ	課程Ⅱ	A	B	C	D	【更新・専門課程Ⅰ】		【更新・専門課程Ⅱ】						
		○	○							第1希望	第2希望	第1希望	第2希望					
勤務先名称		性別		男	女	A B C D E K L M	○	○	○	○								
勤務先のサービス種別 （該当番号の○を塗りつぶす） ※P.24参照	1	2	3	4	5		6	7	8									
	○	○	○	○	○		○	○	○									
	9	10	11	12	13		14	15	16									
	○	○	○	○	○		○	○	○									
	16 ( )										○	○						
郵便物の送付先（住所） *希望送付先の○を塗りつぶす ※空欄の場合勤務先に送付	① 上記勤務先（住所）																	
	○	〒	-															
	② 自宅（住所）																	
	○	〒	-															
連絡先（TEL）	自宅						勤務先						携帯					
基礎資格（該当番号の○を塗りつぶす）※P.24参照	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	18 ( )																	

	介護支援専門員登録番号 *8桁									介護保険事業所番号（勤務先） *10桁									
0	○	○	○	○	○	○	○	○	0	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○	1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○	2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○	4	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○	5	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○	6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○	7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○	8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○	9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※提出書類の様式については、当会のホームページよりダウンロードください（「ケアマネの輪」で検索）



# 実務経験証明書

平成31年 月 日

一般社団法人広島県介護支援専門員協会会長宛

次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

介護支援専門員 登録番号	(8桁)
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
自宅住所	〒
施設・事業所 名称	
施設・事業所 所在地	〒
代表者氏名※1	
従事期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ※2 ( 年 か月) ※3
備考 (休業期間等があれば記載)	

**注意**

- ※1. この証明書は、証明権限を有する方（管理者・施設長・理事長等）が記入してください。
- ※2. 従事期間は、現在の介護支援専門員証に記載の有効期間満了日から遡った5年前から、研修初日の前日までを記載してください。
- ※3. 専門研修課程Ⅰを申込みの方は、現任の介護支援専門員で、介護支援専門員としての従事期間が概ね6カ月以上必要です。専門研修課程Ⅱを申込みの方は、現任の介護支援専門員で、専門研修課程Ⅰの修了者でかつ介護支援専門員としての従事期間が概ね3年以上必要です。
- 休業期間等は従事期間に含めないでください。

この証明書に記載されている個人情報については、平成31年度広島県介護支援専門員更新・専門研修課程Ⅰ・Ⅱの運営管理にのみ使用し、保管期限終了後は適正な方法で破棄します。



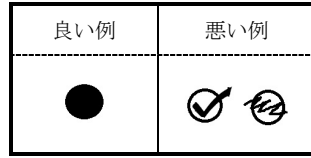
**研修記録シート1（目標）【受講前】 \*更新・専門研修課程Ⅰ**

本紙は、研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を有するためのものです。  
 研修に期待すること、目標、成果等を回答してください。

	介護支援専門員登録番号							
0	○	○	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○	○

**【記入方法】** 該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください。

\*マークシートは機械で読み取るため、できるだけ濃く・しっかりと塗りつぶすように  
 お願いいたします（塗りつぶしの例は右図のとおり）。



氏名： \_\_\_\_\_

**【研修名】** 更新研修課程Ⅰ ○

↑更新研修課程Ⅰは有効期間満了日が平成32年1月1日～12月31日までの方

専門研修課程Ⅰ ○

↑専門研修課程Ⅰは有効期間満了日が平成33年1月1日以降の方

↑該当する項目の○を黒く塗りつぶして下さい。

**受講者記入欄：受講目標（研修後にどのような行動ができるようになりたいか）に該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください。※1**

記入日 平成31年 月 日

該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください（複数可）。

<p>○ 最新の介護保険制度をより理解したい</p> <p>○ ケアマネジメントのプロセスとして いろいろな考え方を知りたい</p> <p>○ 相談面接の技術を獲得したい</p> <p>○ 社会資源をより活用できるようにしたい</p>	<p>○ 医療の知識を深めたい</p> <p>○ 多職種の連携を深めるための方法を 知りたい</p> <p>○ 知識・技術の向上を図りたい</p>
<p>その他（上述の項目に該当が無かった場合に記入してください）</p>	

**管理者記入欄：受講者に研修で学んでほしいこと・期待することに該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください。※2**

管理者の所属先及び役職 \_\_\_\_\_  
 管理者氏名 \_\_\_\_\_

記入日 平成31年 月 日

該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください（複数可）。

<p>○ 自立支援に繋がる個別支援の方法を学んでほしい</p> <p>○ アセスメントをきちんとできるようになってほしい</p> <p>○ 社会資源をより活用できるようにしてほしい</p> <p>○ ケアプラン作成のスキルアップを図ってほしい</p> <p>○ 利用者・家族との信頼関係を構築できるようになってほしい</p>	<p>○ 専門知識・技術を向上してほしい</p> <p>○ 最新の介護保険制度の理解を深めてほしい</p> <p>○ 多職種連携に努めてほしい</p>
<p>その他（上述の項目に該当が無かった場合に記入してください）</p>	

※1 受講目標は受講者と管理者（施設長または理事長等）で相談し決めてください。  
 ※2 管理者欄は、受講者が管理者（施設長または理事長等）本人、または、実務に就いていない等の理由により、記入できない場合、  
地域の主任介護支援専門員に相談して記入をお願いします（必ず記入して提出）。





**研修記録シート1（目標）【受講前】 \*更新・専門研修課程Ⅱ**

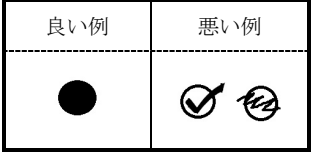
本紙は、研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を有するためのものです。  
 研修に期待すること、目標、成果等を回答してください。

介護支援専門員登録番号	
0	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
1	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
2	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
3	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
4	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
5	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
6	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
7	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
8	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
9	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

**【記入方法】 該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください。**

\*マークシートは機械で読み取るため、できるだけ濃く・しっかりと塗りつぶすように  
 お願いします（塗りつぶしの例は右図のとおり）。  
 \*記入は鉛筆又はボールペンでお願いします。

氏名： \_\_\_\_\_



**【研修名】 更新研修課程Ⅱ ○**

↑更新研修課程Ⅱは有効期間満了日が平成32年1月1日～12月31日までの方

**専門研修課程Ⅱ ○**

↑専門研修課程Ⅱは有効期間満了日が平成33年1月1日以降の方

↑該当する項目の○を黒く塗りつぶして下さい。

**受講者記入欄：受講目標（研修後にどのような行動ができるようになりたいか）に該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください。※1**

記入日 

平成31年	月	日
-------	---	---

該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください(複数可)。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 最新の介護保険制度をより理解したい          | <input type="radio"/> アセスメント能力を高めたい            |
| <input type="radio"/> サービス担当者会議の適切な運営が行えるようになりたい | <input type="radio"/> 法令遵守について意識して業務に望めるようにしたい |
| <input type="radio"/> 適切なケアプラン作成について学びたい         | <input type="radio"/> モニタリングを効果的に行いたい          |
| <input type="radio"/> 社会資源をより活用できるようにしたい         | <input type="radio"/> 多職種連携を促進できるようにしたい        |
| <input type="radio"/> 医療・介護連携を有機的に行えるようにしたい      | <input type="radio"/> 相談面接の技術を高めたい             |

その他（上述の項目に該当が無かった場合に記入してください）

**管理者記入欄：受講者に研修で学んでほしいこと・期待することに該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください。※2**

管理者の所属先及び役職  
 管理者氏名

--	--

記入日 

平成31年	月	日
-------	---	---

該当する項目の○を黒く塗りつぶしてください(複数可)。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 最新の介護保険制度をより理解して欲しい      | <input type="radio"/> ケアプラン作成について研鑽して欲しい           |
| <input type="radio"/> 相談面接技術の研鑽を図って欲しい         | <input type="radio"/> 人材育成の視点を持って欲しい               |
| <input type="radio"/> 多職種連携の促進を図れるようになって欲しい    | <input type="radio"/> マネジメント力の向上を図って欲しい            |
| <input type="radio"/> 多彩な社会資源を有効に使えるようになって欲しい  | <input type="radio"/> サービス担当者会議の適切な運営を行えるようになって欲しい |
| <input type="radio"/> アセスメントをより適切に行えるようになって欲しい |  |

その他（上述の項目に該当が無かった場合に記入してください）

※1 受講目標は受講者と管理者（施設長または理事長等）で相談し決めてください。  
 ※2 管理者欄は、受講者が管理者（施設長または理事長等）本人、または、実務に就いていない等の理由により、記入できない場合、地域の主任介護支援専門員に相談して記入をお願いします（必ず記入して提出）。

