

※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）   |
| 氏名       |                   |   |
| 研修<br>課程 | ※申込の<br>研修に<br>○印 | ※更新研修は有効期間満了日が<br>令和3（平成33）年1月1日～12月31日までの方<br><br>※専門研修は有効期間満了日が<br>令和4（平成34）年1月1日以降の方 |
|          |                   | 更新Ⅰ ・ 更新Ⅱ<br><br>専門Ⅰ ・ 専門Ⅱ  |

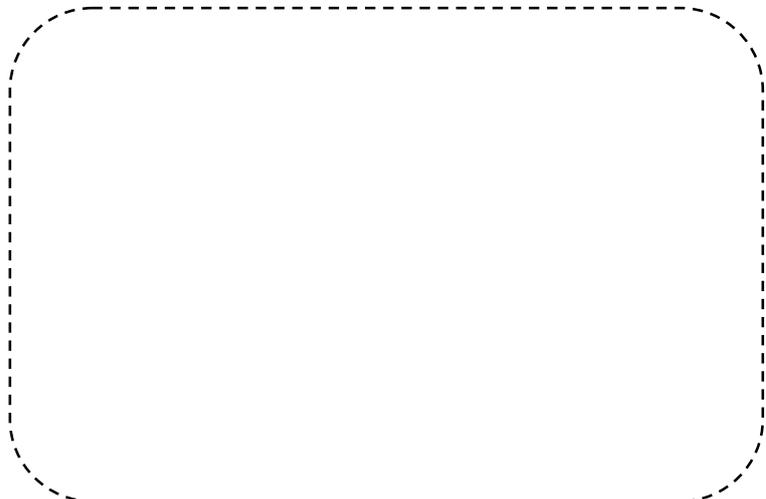
【提出書類一覧】 ※必要な書類を揃えて提出ください。

| 番号 | 提出物一覧                       | 提出物の有無          |                 | ※チェック欄                         |
|----|-----------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| 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（更新・専門研修課程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（更新・専門研修課程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<br>（枠内にコピーを貼付↓） | 必須              | 介護支援専門員<br>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）   | ※事例提出科目の研修当日に持参 |                 |                                |

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、3ページの「提出物2：受講申込書（勤務先サービス種別）」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（特養）              | 9 訪問看護       | 15 複合型サービス      |
| 4 介護老人保健施設（老健）              | 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<br>（グループホーム） | 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、3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      |

令和2年度介護支援専門員更新・専門研修課程Ⅰ・Ⅱ 受講申込書

令和 2 年 月 日

本研修について申し込みます。\*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。また、用紙を縮小せずに提出してください。

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

|  |                |      |                  |      |             |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|--|----------------|------|------------------|------|-------------|---|-----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| フリガナ<br>氏名                                 |                |      | 性別               | 男    | ○           |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  |                |      |                  | 女    | ○           |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 勤務先名称                                      |                |      |                  |      |             |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 勤務先サービス種別 P.2参照<br>(該当番号の○を塗る)             | 1              | 2    | 3                | 4    | 5           | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |    |    |   |
|  | ○              | ○    | ○                | ○    | ○           | ○ | ○   | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |    |    |   |
| 基礎資格 P.2参照<br>(該当番号の○を塗る)                  | 1              | 2    | 3                | 4    | 5           | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |   |
|  | ○              | ○    | ○                | ○    | ○           | ○ | ○   | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  |   |
| 郵便物送付先(住所)<br>*希望送付先の○を塗る<br>*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  | 自宅:            |      |                  | 勤務先: |             |   | 携帯: |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 希望コース<br>(第2希望まで○を塗る)                      | 更新・専門Ⅰ         | 第1希望 | ○                | ○    | ○           |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  |                | 第2希望 | ○                | ○    | ○           |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 更新・専門Ⅱ         | 第1希望 | ○                | ○    | ○           | ○ | ○   | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○ |
|  |                | 第2希望 | ○                | ○    | ○           | ○ | ○   | ○ | ○ | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○  | ○ |
| 申込課程<br>(該当課程の○を塗る)                        | 更新・専門Ⅰ         | ○    | 併当希望<br>当日の注文で確定 |      |             | ○ |     | / |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|  | 更新・専門Ⅱ         | ○    |                  |      |             |   |     |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

| 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 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ※当会記入欄(受付番号) |   |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|
| 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。



# 実務経験証明書

令和2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<br>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<br>名称        |   |
| 施設・事業所<br>所在地       | 〒                                       |
| 代表者氏名※1             | 印                                       |
| 従事期間                | 西暦 年 月 日 ~<br>西暦 年 月 日 ※2<br>( 年 か月) ※3 |
| 備考<br>(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. 更新研修課程ⅠまたはⅡを申込の方は、介護支援専門員証の有効期間満了日から遡って5年以内に1日以上の実務経験が必要です。

専門研修課程Ⅰを申込の方は、現任の介護支援専門員で、介護支援専門員証の有効期間満了日から遡って5年以内に介護支援専門員としての従事期間が6カ月以上必要です。専門研修課程Ⅱを申込の方は、現任の介護支援専門員で、専門研修課程Ⅰの修了者かつ介護支援専門員としての従事期間が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、令和2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共有するためのものです。  
 研修に期待すること、目標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Ⅰ ○**

↑更新研修課程Ⅰは有効期間満了日が令和3（平成33）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令和4（平成34）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ください。

**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 

|      |   |   |
|------|---|---|
| 令和2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）。**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 最新の介護保険制度をより理解したい</li> <li>○ ケアマネジメントのプロセスとして<br/>いろいろな考え方を知りたい</li> <li>○ 相談面接の技術を獲得したい</li> <li>○ 社会資源をより活用できるようにしたい</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療の知識を深めたい</li> <li>○ 多職種連携を深めるための方法を<br/>知りたい</li> <li>○ 知識・技術の向上を図りたい</li> </ul> |
|--|---|

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 

|      |   |   |
|------|---|---|
| 令和2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）。**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自立支援に繋がる個別支援の方法を学んでほしい</li> <li>○ アセスメントをきちんとできるようになってほしい</li> <li>○ 社会資源をより活用できるようにしてほしい</li> <li>○ ケアプラン作成のスキルアップを図ってほしい</li> <li>○ 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</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 専門知識・技術を向上してほしい</li> <li>○ 最新の介護保険制度の理解を深めてほしい</li> <li>○ 多職種連携に努めてほしい</li> </ul> |
|---|--|

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、又は、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）。記入がない場合は、研修を受講することができません。



# 研修記録シート1（目標）【受講前】 \*更新・専門研修課程Ⅱ

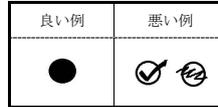
本紙は、研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を共有するためのものです。  
 研修に期待すること、目標等を回答してください。

|   | 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令和3（平成33）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令和4（平成34）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ください。

**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 

|      |   |   |
|------|---|---|
| 令和2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 

|      |   |   |
|------|---|---|
| 令和2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 | <input type="radio"/> 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、又は、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）。記入がない場合は、研修を受講することができません。

