

平成29年度介護支援専門員専門研修 専門研修課程Ⅰ・Ⅱ 開催要綱

1. 目的

現任の介護支援専門員に対して、一定の実務経験をもとに、必要に応じた専門知識、技能の修得を図ることにより、その専門性を高め、多様な疾病や生活状況に応じて、医療との連携や多職種協働を図りながらケアマネジメントを実践できる知識・技術を修得し、もって介護支援専門員の資質向上を図ることを目的とする。（老発0704第2号：平成26年7月4日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添2より）

2. 主催

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団（LL財団）

3. 対象者

専門研修課程Ⅰ 原則として、介護支援専門員としての実務に従事している方であって、就業後6か月以上の方とする。

なお、介護支援専門員として、効果的にその専門性を高めるためには早期に受講することが適当であり、就業後3年以内に受講することが望ましい。

専門研修課程Ⅱ 原則として、介護支援専門員としての実務に従事している方であって、専門研修課程Ⅰを修了している就業後3年以上の方とする。（更新対象の方でも、受講要件を満たしている場合は、専門研修課程Ⅱで受講して下さい）

※実務経験期間等、受講要件を満たしていない場合は受講できません。

（老発0704第2号：平成26年7月4日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添2より）

4. 研修期日・会場

専門研修課程Ⅰ			
	期 日	会 場	定 員
1組	平成29年6月6日（火）～6月9日（金） 7月4日（火）～7月7日（金）	中央シルバーエリア	70名
2組	平成29年6月13日（火）～6月16日（金） 7月18日（火）～7月21日（金）	中央シルバーエリア	70名

※受講希望者が多数の場合は、会場の変更等あります。受講決定通知書をご確認ください。

※変更があった場合には、LL財団ホームページでも掲載いたします。

※専門研修課程Ⅰと更新研修（前期）は同時開催となります。

専門研修課程Ⅱ			
	期 日	会 場	定 員
1組	平成29年7月25日（火）～7月28日（金）	秋田テルサ	150名
2組	平成29年8月29日（火）～9月1日（金）	中央シルバーエリア	80名
3組	平成29年10月17日（火）～10月20日（金）	中央シルバーエリア	80名

※受講希望者が多数の場合は、会場の変更等あります。受講決定通知書をご確認ください。

※変更があった場合には、LL財団ホームページでも掲載いたします。

※専門研修課程Ⅱと更新研修（後期）は同時開催となります。

専門研修課程Ⅰ・更新研修前期
(1組・2組共通)

	研修内容	時間	目的
1 日目	ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	講義及び演習 6時間	介護支援専門員としての実践の振り返りを通じて、ケアマネジメントプロセスを再確認した上で、専門職としての自らの課題を理解する。
2 日目	ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	講義及び演習 6時間	介護支援専門員としての実践の振り返りを通じて、ケアマネジメントプロセスを再確認した上で、専門職としての自らの課題を理解する。
3 日目	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	講義 3時間	介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。 また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援していくに当たって、関連する制度等を理解する。
	○ケアマネジメントの演習 ・リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	講義及び演習 4時間	リハビリテーションや福祉用具等の活用が有効な事例を用いて講義・演習を行うことにより、リハビリテーションや福祉用具等の活用に係る知識及びケアマネジメント手法を修得する。
4 日目	対人個別援助技術及び地域援助技術	講義 3時間	対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)と地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の違いと役割を理解する。
	○ケアマネジメントの演習 ・看取り等における看護サービスの活用に関する事例	講義及び演習 4時間	看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、看護サービスの活用に係る知識及びケアマネジメント手法を修得する。
5 日目	ケアマネジメントの実践における倫理	講義 2時間	ケアマネジメントを実践する上で感じた倫理的な課題を踏まえ、チームで対応していく際のチームアプローチの方法及び高齢者の権利を擁護する上で必要な制度等を理解する。
	○ケアマネジメントの演習 ・認知症に関する事例	講義及び演習 4時間	認知症に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、認知症に関する知識及び認知症の要介護者等に有効なサービスを活用したケアマネジメント手法を修得する。
6 日目	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践	講義 4時間	実践を通じて感じた医療との連携や多職種協働に関する課題を踏まえ、今後の実践に向けて必要な知識・技術を理解する。
	○ケアマネジメントの演習 ・入退院時等における医療との連携に関する事例	講義及び演習 4時間	入退院時等における医療との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、医療との連携に必要な知識及び医療との連携を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。
7 日目	○ケアマネジメントの演習 ・家族への支援の視点が必要な事例	講義及び演習 4時間	家族への支援の視点が必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、家族への支援の視点も踏まえたケアマネジメント手法を修得する。
	○ケアマネジメントの演習 ・社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	講義及び演習 4時間	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、利用者が活用しうる制度に関する知識及び関係機関等との連携を踏まえたケアマネジメント手法を修得する。
8 日目	○ケアマネジメントの演習 ・状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例	講義及び演習 4時間	状態に応じた多様なサービス(地域密着型サービス、施設サービス等)の活用に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、介護保険で提供される地域密着型サービス等の活用に係る知識及びケアマネジメントの手法を修得する。
	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習	講義 2時間	指導・支援、コーチング、スーパービジョン等の違いを踏まえ、自らがそれらを受ける際の心構えや、専門職として不断に自己研鑽を行うことの重要性を理解する。
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	講義及び演習 2時間	研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。 また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。

「ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定」で、使用します事例につきましては、受講決定通知書と同封いたします様式に必要事項を記入の上研修当日持参してください。

専門研修課程Ⅱ・更新研修後期

(1組・2組・3組共通)

8:30 8:45 9:00		12:00 12:45		13:45		17:45	
1 日 目	受 付 会	介護保険制度及び 地域包括ケアシ テムの今後の展 開	昼 食 ・ 休 憩	介護保険制度及び 地域包括ケアシ テムの今後の展 開		リハビリ及び福祉 用具の活用に関 する事例	
8:45		12:45 13:30		17:30			
2 日 目		看取り等におけ る看護サービス の活用における 事例	昼 食 ・ 休 憩			認知症に関する 事例	
8:45		12:45 13:30		17:30			
3 日 目		入退院時等にお ける医療との連 携に関する事例	昼 食 ・ 休 憩			家族への支援の視 点が必要な事例	
8:45		12:45 13:30		17:30			
4 日 目		社会資源の活用 に向けた関係機 関との連携に関 する事例	昼 食 ・ 休 憩			状態に応じた多 様なサービス（地 域密着型サービス 、施設サービス等 ）の活用に関する 事例	

専門研修課程Ⅱ・更新研修後期
(1組・2組・3組共通)

研修内容		時間	研修事項
1 日 目	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	4 H	介護保険制度の最新の動向や地域包括ケアシステムの構築に向けた現状の取組を理解した上で、今後の地域包括ケアシステムの展開における介護支援専門員としての関わりを理解する。 また、地域包括ケアシステムの中で、利用者及びその家族を支援して行くに当たって、関連する制度等を理解する。
	○ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表		
2 日 目	① リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4 H	リハビリテーションや福祉用具等の活用事例を用いて演習等を行うことにより、リハビリテーションや福祉用具等の活用に係る知識及び効果的なケアマネジメント手法を修得する。また、演習等で得られたリハビリテーションや福祉用具等の活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。
	② 看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4 H	看護サービスの活用が必要な事例を用いて講義・演習を行うことによる知識及び効果的なケアマネジメント手法を修得する。 また、演習等で得られた看護サービスの活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。
	③ 認知症に関する事例	4 H	認知症に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、認知症に関する知識及び認知症の要介護者等に有効なサービスを活用した効果的なケアマネジメント手法を修得する。 また、演習等で得られた認知症の要介護者等に対して有効なサービスの活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。
3 日 目	④ 入退院時等における医療との連携に関する事例	4 H	入退院時等における医療との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、医療との連携に必要な知識及び医療との連携を踏まえた効果的なケアマネジメントを習得する。 また、演習等で得られた入退院時等における医療との連携に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。
	⑤ 家族への支援の視点が必要な事例	4 H	家族への支援の視点が特に必要な事例を用いて講義・演習を行うことにより、家族への支援の視点も踏まえた効果的なケアマネジメント手法を修得する。 また演習等で得られた家族への支援に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。
4 日 目	⑥ 社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4 H	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、利用者が活用することができるサイドに関する知識及び関係機関等との連携を踏まえた効果的なケアマネジメント手法を修得する。 また、演習等で得られた社会資源の活用に向けた関係機関との連携に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。
	⑦ 状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する	4 H	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例を用いて講義・演習を行うことにより、介護保険で提供される地域密着型サービス等の活用に係る示唆、留意点等を踏まえ、他の事例にも対応することができる知識・技術を修得する。

「ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表」の演習で使用します事例につきましては、①～⑦の7科目全ての事例をご持参いただくことになります。

ただし、内容が重複していると思われる事例につきましては、同じ事例をご持参いただいてもよろしいです。作成につきましては、受講決定通知書と同封いたします様式に必要事項を記入の上研修当日持参して頂く事となります。

6. 受講料及び納入方法

(1) 受講料	専門研修課程Ⅰ	10,000	円
	テキスト代	5,940	円
	専門研修課程Ⅱ	13,000	円
	テキスト代	3,780	円

(2) 納付方法

受講決定通知書（申込受付後に発送）がお手元に届きましたら、同封されている振込用紙で指定銀行にて**受講決定通知書に記載されている期日まで納付**してください。その時に発生する金融機関への振込み手数料は、別途本人負担となります。

* 納付が期日まで間に合わない場合は事務局までご連絡ください。

(3) 一度お振込いただいた受講料は返金できませんのでご了承ください。

(4) 振込み受領証は、本人の控えになります。当財団からは領収書は発行しませんので、大切に保管してください。（研修日の違いにより、**振込みの期日指定日が異なります**のでご注意ください）

7. 受講申し込み

(1) 別紙受講申込書に必要な事項をご記入の上、**5月10日（水）**までに、郵送によりお申込みください。（折り返し受講決定通知書を送付いたしますので、**期限厳守**をお願いいたします）なお、お申込みの際は、必ず、**介護支援専門員証の写し**を添付してください。

(2) 専門研修課程Ⅰ及びⅡの受講申し込みの際には、別紙受講申込書と合わせて、**実務経験証明書**を現在勤務されている事業所にご記入いただき提出してください。別添1（ページ）なお、**一部でも自書の箇所があると証明書としては無効**となりますので、氏名を含めて全ての項目を所属長等証明権限の有する方に記入していただいでください。

(3) **実務経験期間は、最新の有効期間（有効期間満了日より遡って、5年間）の間で研修の前日までとして算定して下さい。**

(4) 受講する日程については、定員の関係上、ご希望の優先順位に添えない場合もありますので予めご了承ください。（受講日の変更をお願いする場合には、事務局より、**5月12日（金）**までにご連絡を差し上げますので、ご連絡のない場合は、希望通りに受講できます）

(5) 受講につきましては、「受講決定通知書」・「振込用紙」と研修記録シート1（目標）に必要な事項を記入して、受講時にご持参ください。また、専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱで提出して頂く事例の様式を同封いたしますので、こちらにも必要事項を記入し研修当日ご持参ください。ただし、内容が重複していると思われる事例につきましては、同じ事例をご持参いただいてもよろしいです。なお、様式については、当財団のホームページに掲載しておりますので、パソコンで作成したのも提出可です。

※参考（専門研修課程Ⅱで提出して頂きます7科目の事例は以下の通りとなりますので、事前
選択しておかれる事をお勧めいたします）

全ての事例を提出して頂くことになっております。
①リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例
②看取りにおける看護サービスの活用に関する事例
③認知症に関する事例
④入退院時における医療との連携に関する事例
⑤家族への支援の視点が必要な事例
⑥社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例
⑦状態に応じたサービス（地域密着型サービス・施設サービス等）の活用に関する事例

(6) 研修記録シート1（目標）については、専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱそれぞれ受講希望する方を記入する。今年度に専門研修課程Ⅰと専門研修課程Ⅱの両方を受講希望する場合は、専門研修課程Ⅰ及びⅡ両方の研修記録シート1（目標）を記入し、提出してください。（研修記録シートにつきましては、別添2「研修記録シートについて」をご参照ください。なお、研修記録シート2（評価）は、当財団のホームページよりダウンロードし受講当日各自でプリントアウト（片面・両面どちらでも可）をしてご持参ください。

(7) 更新をする方は、有効期間内の専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱもしくは、更新研修の全課程を修了しなければ介護支援専門員証の更新並びに交付の申請をすることができませんので、ご注意ください。

8. その他

- (1) 専門研修課程Ⅰ・Ⅱを修了された方には、それぞれ修了証明書を発行いたします。
- (2) 要綱に記載されております受講対象者の記載内容を熟読していただき、お間違えのないようお願いいたします。
※1 **実務経験期間は、最新の有効期間（有効期間満了日より遡って、5年間）の間で研修の前日までを実務経験期間として算定して下さい。**
※2 **実務に従事している期間が有効期間以外の場合は、実務経験期間には算入できません。**
- (3) 研修日に遅刻、早退又は欠席をした場合は、修了できませんので、十分注意してください。
- (4) 有効期間内に専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱ、もしくは更新研修の全課程を修了された方は、有効期間満了日までに速やかに介護支援専門員証の更新の申請を秋田県健康福祉部長寿社会課 介護保険班で行って下さい。（手続きにつきましては、秋田県庁のホームページの国あきたネットに掲載されております。）
- (5) 日程・内容・会場等については要綱と一部変更する場合がありますがご了承ください。なお、会場等の変更の際は受講決定通知の際に改めてお知らせいたします。
- (6) 昼食は各自準備してください。（中央シルバーエリアが研修会場の場合は、レストランでもお弁当の注文を当日受付けております）
- (7) 駐車場については、駐車台数が限られる場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- (8) 研修時間中は、電話等による呼び出しには応じられません。
- (9) 中央シルバーエリア及び秋田テルサの開館時間は、8時30分からとなります
- (10) 申込み先・連絡先

〒010-1412 秋田県秋田市御所野下堤5丁目1-1（中央シルバーエリア内）
公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団（LL財団）
TEL 018-829-3666
FAX 018-829-2770
メール LL@akita-longlife.com

介護支援専門員の「実務経験」とは

介護支援専門員の実務経験とは、次の事業所又は施設において、介護支援専門員としてケアプランの作成等に従事していたことをいいます。

また、居宅介護支援事業所の管理者も、実務経験者として認められますが、単に要介護認定のための認定調査や利用者・サービス提供事業者との連絡調整業務のみに従事しているような場合は、実務経験とは認められません。

対象事業所	
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事業所（複合型サービスを含む）、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	介護保険施設
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

介護支援専門員の専門研修についてのQ & A	
Q 1	居宅介護支援事業所の管理者で、管理業務だけを行っていますが、介護支援専門員の実務になりますか？
A 1	居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員でなければならず、管理者の業務は、介護支援専門員の実務に該当します。（ケアプランを作成していない場合でも、介護支援専門員の実務に従事しているものとみなす）
Q 2	居宅介護支援事業所の管理者は、管理者の業務専任であっても、介護支援専門員証の有効期間を更新しなければいけませんか？
A 2	居宅介護支援事業所の管理者の業務は、介護支援専門員の実務に当たるため、介護支援専門員の実務に就くには、介護支援専門員証の有効期間が切れていないことが必要ですので、必ず、有効期間を更新しなければいけません。（管理者であれば、ケアプランを作成していない場合でも介護支援専門員としての業務に従事しているものとみなします）
Q 3	B県に登録されています。現在は秋田県で介護支援専門員としての業務は行っておりませんが、今後、秋田県で介護支援専門員として働く予定ですが、どのような届出をどこにしたら良いのでしょうか？
A 3	介護支援専門員証はそのままどこでも通用しますが、住所や氏名等の変更が生じる場合は、所定の手続きをB県（登録されている都道府県）にさせていただく必要があります。また、秋田県に登録の移転することもできます（登録移転を希望される場合は、秋田県長寿社会課にお問い合わせください）
Q 4	登録事項や、専門員証の記載事項に変更が生じた場合（氏名・住所の変更）、どうすればいいですか。
A 4	登録事項に変更があった場合には、遅滞なく、その旨を都道府県知事に届出るとともに専門員証の書換交付申請をしなければいけません。
Q 5	登録番号と有効期間を教えてください。
A 5	介護支援専門員証をご確認ください。

別途 2

研修記録シートについて

①目的

研修記録シートは、研修受講前後を通じて、各自の理解度を把握し、研修による学習効果の向上と学習後のポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てる目的として使用します。

②シートの構成

シート名	記入者	
研修記録シート（目標）	受講者	管理者
研修記録シート（評価）	受講者	
研修記録シート（振り返り）	受講者	

◆管理者の記入欄について

- ・受講目標は受講者と管理者で相談して決めてください。
- ・管理者欄は、受講者が管理者本人、または、実務に就いていない等の理由により記入を出来ない場合、地域の主任介護支援専門員に相談して記入してください。
- ・「受講後」の欄は、未就労である旨を記載の上ご提出いただき、就労後に活用することになります。

③受講に当たっての準備

研修記録シートの提出にあたり次の環境の準備が必要となります。環境にない場合は、事務局までご相談ください。

①インターネット接続環境：研修記録シートをダウンロードして記入して頂くため。

②プリンター：研修記録シートをプリントアウトして持参して頂くため。

③E-mail アドレス（個人のもの）：シートの提出の際、E-mail に添付して送信して頂くため。

④マイクロソフト Excel：研修記録シートの入力の際に使用します。

④シート活用の流れ

Step1 受講前（受講申込時）/研修記録シート1（目標）・研修記録シート2（評価）

i：研修記録シート（Excel ファイル）を当財団のホームページからダウンロードしてください。

ii：Excel ファイル名を変更してパソコンに保存してください。（名付けて保存）

iii：研修記録シート1（目標）及びシート2（評価）の「受講前」の欄に入力してください。

iv：入力後、研修記録シート1（目標）と研修記録シート2（評価）記入済をプリントアウトしてください。

※研修記録シート1（目標）は、受講決定通知書に同封されていたものにご記入してご持参頂いてもよろしいです。

Step2 研修当日（科目受講ごとに記入）/研修記録シート2（評価）

i：受講する科目の研修記録シート（目標）1及び研修記録シート（評価）2を印刷してご持参して頂き、研修記録シート（目標）1は受付にご提出してください。

ii：各科目の受講終了後、シート2の「受講直後」の欄に記入してください。

iii：研修終了後、Excel ファイルの各科目のシート2の「受講直後」、シート3の自由記述の欄に記入してください。

iv：全科目終了後、速やかにデータ化して、事務局までE-mail で送信してください。（終了から1週間以内）

Step3 受講後（目安として3ヶ月後）/研修記録シート1（目標）・研修記録シート2（評価）・研修記録シート3（振り返り）

i：研修終了後3ヶ月を目途に、シート1の「受講後（3ヶ月後程度）」とシート2「実践評価」の欄を入力してください。

ii：入力後、シート（Excel ファイル）を事務局までE-mail で送信してください。

iii：事務局で集計を行いますので、指定された期限を厳守してください。

iv：シート3は個人で、継続的な評価、見直しを実施するために活用してください。

受講申込書と一緒に、研修記録シート（専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱそれぞれ受講希望する方を記入する。但し実務有の更新研修の受講を希望する方で、今年度に専門研修課程Ⅰと専門研修課程Ⅱの両方を受講希望する場合は、Ⅰ及びⅡ両方の研修記録シートに記入する）の研修記録シート1（目標）の「受講前」の欄を記入し、提出してください。

受付番号

受講申込書(個人用)

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 あて

1. 申込者(受講希望者本人が記入して下さい)												
申込者	フリガナ					生年月日		昭和 平成	年	月	日	
	氏名	(姓)			(名)							
	介護支援専門員 登録番号							秋田県以外の登録の場合 合登録都道府県を記入			※該当者のみ	
	有効期間満了日	年 月 日で満了となります										
	住所	(〒 -) 秋田県										
自宅TEL						携帯番号 (ある方のみ)						
現勤務先	事業所番号										事業所コード (裏面参照)	
	所属	(法人名)				(事業所名)						
	所在地	(〒 -) 秋田県										
	TEL	()					FAX		()			
2. 実務従事状況と経験年数についてご記入下さい。												
最新の有効期間において、介護支援専門員業務に従事して、経験年数は研修開催前日まで、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く)										約	年	か月
3. 希望する組の優先順位をお書きください。												
組	研修日程					優先順位			5. 身体の障害等による受講時における配慮の有無を記入してください。 1. 不要 2. 必要 (内容)			
1組	平成29年6月 6日(火)～6月 9日(金) 平成29年7月 4日(火)～7月 7日(金)											
2組	平成29年6月13日(火)～6月16日(金) 平成29年7月18日(火)～7月21日(金)											
4. 過去の資格更新実績(どちらかに○をつけてください)												
有	(更新年:平成 年)	⇒		有の方のみお答え下さい。 前回の更新の際に受講された研修に✓を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは、実務経験者向けの更新研修 <input type="checkbox"/> 実務未経験者向けの更新研修または、再研修								
無												
6. 主任介護支援専門員研修の受講予定がある (どちらかに○をつけてください)						はい		いいえ				
<p>本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、 介護支援専門員専門研修課程Ⅰの受講を申し込みます。</p> <p style="text-align: right;">平成29年 月 日</p> <p style="text-align: right;">署名(申込者本人) _____ 印</p> <p>※ 申込の際は、介護支援専門員証の写しを必ず添付してください。</p>												

(申込時の留意事項をご確認ください)

事業所コード一覧

業種	コード	業種	コード	業種	コード	業種	コード
居宅介護支援事業所	01	小規模多機能型居宅介護事業所	02	認知症対応型共同生活介護	03	地域包括支援センター	04
介護老人福祉施設	05	地域密着型特定施設入居者生活介護	06	地域密着型介護老人福祉施設	07	介護療養型医療施設	08
介護老人保健施設	09	特定施設入居者生活介護	10	その他	11		

【個人情報について】この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。この研修の目的に沿い、介護の保険制度の円滑な運営のため、介護支援専門員更新研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。但し、研修修了者情報については秋田県に提供されますので、ご承知おきください。

申込時の留意事項

平成29年度介護支援専門員専門研修課程I専用

受講申込書(個人用)

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 あて。

受付番号

住民票に登録されている、氏名をご記入下さい。

介護支援専門員証に記載されている登録番号をご記入下さい

介護支援専門員証に記載されている有効期間満了日をご記入下さい

勤務先の事業所番号をご記入下さい

事業所コード一覧の中から選択して下さい

最新の有効期間内での通算の経験期間です。これまでの通算の実務経験期間ではありませんので、ご注意ください(5年以上の実務経験期間が記載されることは、ありません)。また、居宅支援事業所の管理者としての実務経験も該当します。(産休・育休・病欠等は実務経験期間に含まれません)

ご希望する研修日程の組を選択し優先順位を日程の隣の欄にご記入ください。なお、優先順位1位となっても、会場の人数の調整などにより、変更して頂きたい場合には、事務局よりご連絡申し上げますので、ご協力をお願いいたします。

申込年月日と署名・捺印を必ずお願いします。

1. 申込者(受講希望者本人が記入して下さい)

フリガナ			生年月日	昭和	平成	年	月	日
氏名	(姓)	(名)						
介護支援専門員登録番号	道府県を記入							
有効期間満了日	年 月 日							
住所	(〒 -) 秋田県							
自宅TEL			携帯番号(ある方のみ)					
事業所			事業所コード	(裏面参照)				
所属	(法人名)	(事業所名)						
所在地	(〒 -) 秋田県							
TEL			FAX					

2. 実務従事状況と経験年数についてご記入下さい。

最新の有効期間において、介護支援専門員業務に従事して、経験年数は研修開催前日までで、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く)

約 年 か月

3. 希望する組の優先順位をお書きください。

組	研修日程	優先順位
1組	平成29年6月 6日(火)～6月 9日(金)	
	平成29年7月 4日(火)～7月 7日(金)	
2組	平成29年6月13日(火)～6月16日(金)	
	平成29年7月18日(火)～7月21日(金)	

5. 身体の障害等による受講時における配慮の有無を記入してください。
1. 不要
2. 必要(内容)

4. 過去の資格更新実績(どちらかに○をつけてください)

有 (更新年:平成 年) 有の方のみ
前回の更新の際に受講された研修に✓を入れて下さい。
無 専門研修課程I・IIまたは、実務経験者向けの更新研修
 実務未経験者向けの更新研修または、再研修

6. 主任介護支援専門員研修の受講予定がある(どちらかに○をつけてください)

はい いいえ

本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、
介護支援専門員専門研修課程Iの受講を申し込みます。
平成29年 月 日
署名(申込者本人) _____ 印

※ 申込の際は、介護支援専門員証の写しを必ず添付してください。

【個人情報について】この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。この研修の目的に沿い、介護の保険制度の円滑な運営のため、介護支援専門員更新研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。但し、研修修了者情報については秋田県に提供されますので、ご承知おきください。

事業所コード一覧

業種	コード	業種	コード	業種	コード	業種	コード
居宅介護支援事業所	01	小規模多機能型居宅介護事業所	02	認知症対応型共同生活介護	03	地域包括支援センター	04
介護老人福祉施設	05	地域密着型特定施設入居者生活介護	06	地域密着型介護老人福祉施設	07	介護療養型医療施設	08
介護老人保健施設	09	特定施設入居者生活介護	10	その他	11		

- 申込書を送る前に必ずチェックして下さい
- 介護支援専門員証(写)を添付しましたか?
- 記入漏れは有りませんか?
- ハンコは押されていますか?

受講申込書(個人用)

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 あて

1. 申込者(受講希望者本人が記入して下さい)

申込者	フリガナ			生年	昭和	年月日
	氏名	(姓)	(名)	月日	平成	年月日
	介護支援専門員登録番号				秋田県以外の登録の場合 登録都道府県を記入	※該当者のみ
	有効期間満了日	年 月 日で満了となります。				
	住所	(〒 -) 秋田県				
自宅TEL		携帯番号 (ある方のみ)				
現勤務先	事業所番号					事業所コード (申込時の留意事項参照)
	所属	(法人名)	(事業所名)			
	所在地	(〒 -) 秋田県				
	TEL	()	FAX	()		

2. 実務従事状況と経験年数についてご記入下さい。

最新の有効期間において、介護支援専門員業務に従事して、経験年数は研修開催前日までに、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く)	約 年 か月
---	--------

3. 希望する研修日程の組を選択して該当箇所に希望する優先順位に1~3を記入ください

組	研修日程	研修会場	優先順位
1組	平成29年 7月25日(火) ~ 7月28日(金)	秋田テルサ	
2組	平成29年 8月29日(火) ~ 9月 1日(金)	中央シルバーエリア	
3組	平成29年10月17日(火) ~ 10月20日(金)	中央シルバーエリア	

4. 身体の障害等による受講時における配慮の有無を記入してください。

- 不要
- 必要
(内容)

5. 過去の資格更新実績(どちらかに○をつけてください)

有 (更新年:平成 年)	⇒	有の方のみお答えください。
無		<input type="checkbox"/> 前回の更新の際に受講された研修に✓を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは、実務経験者向けの更新研修 <input type="checkbox"/> 実務未経験者向けの更新研修または、再研修

6. 主任介護支援専門員研修の受講予定がある

はい

いいえ

本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、
介護支援専門員専門研修課程Ⅱの受講を申し込みます。

平成29年 月 日

署名(申込者本人) _____ 印

※ 申込の際は、介護支援専門員証の写しを必ず添付してください。

(申込時の留意事項をご確認ください)

事業所コード一覧

業種	コード	業種	コード	業種	コード	業種	コード
居宅介護支援事業所	01	小規模多機能型居宅介護事業所	02	認知症対応型共同生活介護	03	地域包括支援センター	04
介護老人福祉施設	05	地域密着型特定施設入居者生活介護	06	地域密着型介護老人福祉施設	07	介護療養型医療施設	08
介護老人保健施設	09	特定施設入居者生活介護	10	その他	11		

【個人情報について】この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。この研修の目的に沿い、介護の保険制度の円滑な運営のため、介護支援専門員更新研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。但し、研修修了者情報については秋田県に提供されますので、ご承知おきください。

申込時の留意事項

平成29年度介護支援専門員専門研修課程Ⅱ専用

受講申込書(個人用)

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 あて

1. 申込者(受講希望者本人が記入して下さい)

フリガナ			生				
氏名	(姓) _____	(名) _____	年月日	昭和 平成	年	月	日
介護支援専門員登録番号							登録都道府県を記入
有効期間満了日	年 月 日で満了となります						
住所	(〒 _____) 秋田県 _____						
自宅TEL				携帯番号			
事業所番号							事業所コード (申込時の留意事項参照)
所属	(法人名) _____		(事業所名) _____				
所在地	(〒 _____) 秋田県 _____						
TEL	日中確実に連絡のとれる番号を記入して下さい			FAX	()		

受付番号 _____

こちらには、何も記載しないでください

住民票に登録されている、漢字で氏名をご記入下さい

介護支援専門員証に記載されている登録番号をご記入下さい。

勤務先の事業所番号をご記入下さい

事業所コード一覧の中から選択して下さい

最新の有効期間内での通算の経験期間です。これまでの通算の実務経験期間ではありませんので、ご注意ください(5年以上の実務経験期間が記載されることは、ありません)。また、居宅支援事業所の管理者としての実務経験も該当します。(産休・育休・病欠等は実務経験期間に含まれません)

2. 実務従事状況と経験年数についてご記入下さい。

最新の有効期間において、介護支援専門員業務に従事して、経験年数は研修開催前日までで、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く)

約 年 月

3. 希望する研修日程の組を選択して該当箇所に希望する優先順位に1~3を記入ください。

組	研修日程	研修会場	優先順位
1組	平成29年 7月25日(火) ~ 7月28日(金)	秋田テルサ	
2組	平成29年 8月29日(火) ~ 9月 1日(金)	中央シルバーエリア	
3組	平成29年10月17日(火) ~ 10月20日(金)	中央シルバーエリア	

5. 身体の障害等による受講時における配慮の有無を記入してください。

1. 不要
2. 必要
(内容)

6. 過去の資格更新実績(どちらかに○をつけてください)

有 (更新年: 平成 年) ➡ 有の方のみ
前回の更新の際に受講された研修に✓を入れて下さい。
 専門研修課程Ⅰ・Ⅱまたは、実務経験者向けの更新研修
 実務未経験者向けの更新研修または、再研修

7. 主任介護支援専門員研修の受講予定がある(どちらかに○をつけてください)

はい いいえ

本申込書に記載した事項に間違いはありませんので、介護支援専門員専門研修課程Ⅱの受講を申し込みます。

平成29年 月 日
署名(申込者本人) _____ 印

※ 申込の際は、介護支援専門員証の写しを必ず添付してください。

【個人情報について】この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。この研修の目的に沿い、介護の保険制度の円滑な運営のため、介護支援専門員更新研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。但し、研修修了者情報については秋田県に提供されますので、ご承知おきください。

事業所コード一覧

業種	コード	業種	コード	業種	コード	業種	コード
居宅介護支援事業所	01	小規模多機能型居宅介護事業所	02	認知症対応型共同生活介護	03	地域包括支援センター	04
介護老人福祉施設	05	地域密着型特定施設入居者生活介護	06	地域密着型介護老人福祉施設	07	介護療養型医療施設	08
介護老人保健施設	09	特定施設入居者生活介護	10	その他	11		

●申込書を送る前に必ずチェックして下さい

介護支援専門員証(写)を添付しましたか？

記入漏れは有りませんか？

ハンコは押されていますか？

別添 1

平成29年度介護支援専門員専門研修 専門研修課程Ⅰ・Ⅱ実務経験証明書 (事業所用)

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 あて

受付番号

記入日 年 月 日

申込者	フリガナ	(姓)	(名)	生年月日	昭和	年	月	日
	氏名				平成	年	月	日
	介護支援専門員登録番号				秋田県以外の登録の場合登録都道府県を記入	※該当者のみ		
申込者の現勤務先	事業所番号							事業所コード (下記参照)
	所属	(法人名)	(事業所名)					
	担当者氏名	(所属・役職)	フリガナ	(姓)	(名)			
	所在地	(〒 -) 秋田県						
	TEL	()	FAX	()				

最新の有効期間において、介護支援専門員業務に従事して、経験年数は研修開催前日まで、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く) 約 年 か月

上記の者は、最新の有効期間内において平成 年 月 日から当施設・事業所で、介護支援専門員として勤務していることを証明します。
また、当施設・事業所以外 () においても、介護支援専門員として平成 年 月 日～平成 年 月 日まで勤務していたことを併せて、実務経験年数として証明します。

施設・事業所名
役 職
代表者氏名

代表者の職印

本申込書に記載した事項に間違いはありません。

平成29年 月 日
担当者氏名 _____ 印

【個人情報について】この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。この研修の目的に沿い、介護の保険制度の円滑な運営のため、介護支援専門員更新研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。但し、研修修了者情報については秋田県に提供されますので、ご承知おきください。

事業所コード一覧

業 種	コ-ド	業 種	コ-ド	業 種	コ-ド	業 種	コ-ド
居宅介護支援事業所	01	小規模多機能型居宅介護事業所	02	認知症対応型共同生活介護	03	地域包括支援センター	04
介護老人福祉施設	05	地域密着型特定施設入居者生活介護	06	地域密着型介護老人福祉施設	07	介護療養型医療施設	08
介護老人保健施設	09	特定施設入居者生活介護	10	その他	11		

記入時の留意事項

別添 1

受付番号

こちらには、何も記入しないで下さい

平成29年度介護支援専門員専門研修 専門研修課程Ⅰ・Ⅱ実務経験証明書 (事業所用)

公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 理事長 あて

記入日 年 月

申込者が勤務されている事業所の証明関係書類を作成する担当の方がご記入下さい

申込者	フリガナ	(姓)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名							
申込者の現勤務先	介護支援専門員登録番号	※該当者のみ 合登録都道府県を記入						
	事業所番号	住民票等に登録されている、漢字で氏名をご記入下さい						
	所属	(法人名)	(事業所名)					
	担当者氏名	(所属・役職)	フリガナ	(姓)	(名)	氏名		
	所在地	(〒)	秋田県					
TEL	()	FAX	()					

本研修の受講申込希望者情報をご記入下さい

こちらの証明書を担当された方のお名前をご記入下さい

担当者の方にご連絡の取れる番号をご記入下さい

最新の有効期間内での通算の経験期間です。これまでの実務経験期間ではありませんので、ご注意ください(研修受講日より遡って、5年間の実務経験期間を証明することとなります)。また、居宅支援事業所の管理者としての実務経験も該当します。(産休・育休・病欠等は実務経験期間に含まれません)

最新の有効期間において、介護支援専門員業務に従事して、経験年数は研修開催前日までで、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く)

約 年 月

上記の者は、最新の有効期間内において平成 年 月 日から当施設・事業所で、介護支援専門員として勤務していることを証明します。
また、当施設・事業所以外 () においても、介護支援専門員として平成 年 月 日～平成 年 月 日まで勤務していたことを併せて、実務経験年数として証明します。

施設・事業所名
役職
代表者氏名

代表者の職印

本申込書に記載した事項に間違いはありません。

平成29年 月 日
担当者氏名 印

証明権限のある方の役職・氏名をご記入下さい

【個人情報について】この申込書の情報は研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。この研修の目的に沿い、介護の保険制度の円滑な運営のため、介護支援専門員更新研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。但し、研修修了者情報については秋田県に提供されますので、ご承知おきください。

事業所一覧コード

業種	コード	業種	コード	業種	コード	業種	コード
居宅介護支援事業所	01	小規模多機能型居宅介護事業所	02	認知症対応型共同生活介護	03	地域包括支援センター	04
介護老人福祉施設	05	地域密着型特定施設入居者生活介護	06	地域密着型介護老人福祉施設	07	介護療養型医療施設	08
介護老人保健施設	09	特定施設入居者生活介護	10	その他	11		

◆申込書を送る前に必ずチェックして下さい

- こちらの用紙については、一部でも申込者の自筆の箇所がありますと、証明書として無効になりますので、氏名を含めて全項目を所属長等の証明権限の有する方がご記入下さい。
- 介護支援専門員証(写)の添付をしましたか？
- 記入漏れは有りませんか？不明な箇所がありますと、事務局より確認させていただき、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただくことがございます。
- ハンコは押されていますか？

申込先 〒010-1412
秋田市御所野下堤5丁目1-1
公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団 (LL財団)
介護支援専門員養成事業担当 山谷・船木
TEL 018-829-3666 FAX 018-829-2770
e-mail LL@akita-longlife.com