

**平成27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

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、もって介護支援専門員の資質の向上を図ることを目的とする。

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ヶ月以上の方とする。

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、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。

4. 研修期日・会場

専門研修課程Ⅰ				
	期 日		会 場	定 員
1組	平成27年	6月11日(木)～ 6月25日(木)	6月13日(土)～ 6月27日(土)	中央シルバーエリア 70名
2組	平成27年	8月20日(木)～ 9月3日(木)	8月22日(土)～ 9月5日(土)	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27年	6月18日(木)～	6月20日(土)	中央シルバーエリア 80名
2組	平成27年	7月30日(木)～	8月1日(土)	中央シルバーエリア 80名
3組	平成27年	8月27日(木)～	8月29日(土)	中央シルバーエリア 80名
4組	平成27年	9月18日(金)～	9月20日(日)	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と更新研修は同時開催となります。

5. 研修日程・内容

更新研修前期と専門研修課程Ⅰは同様の内容となります。

①更新研修前期

(1組・2組共通)

9:00		9:45		10:00		11:00		12:00		13:00		14:00		17:00	
1 日 目	受 付	開 会	介護保険制度論			ケアマネジメン トとそれを担う 介護支援専門員 の倫理			昼食・休憩		ケアマネジメン トとそれを担う 介護支援専門員 の倫理		ケアマネジメン トのプロセスと その基本的考え 方		
9:30		11:30						12:30		17:00					
2 日 目	対人個別援助技術 (ソーシャルケ アワーク) 講義					昼食・休憩		対人個別援助技術 (ソーシャルケ アワーク) 演習							
9:30		12:00						13:00		16:00					
3 日 目	対人個別援助技術 (ソーシャルケ アワーク) 演習					昼食・休憩		選択科目① サービスの活用と 連携 「訪問介護・訪問 入浴」							
9:30		12:30						13:30		16:30					
4 日 目	選択科目② サービスの活用と 連携 「介護保険施設・ 認知症対応型共同 生活介護・特定施 設入居者生活介 護」					昼食・休憩		選択科目③ サービスの活用と 連携 「訪問看護・訪問 リハビリテーショ ン」							
9:30		12:30						13:30		16:30					
5 日 目	選択科目④ サービスの活用と 連携 「通所介護・通所 リハビリテーショ ン」					昼食・休憩		保健医療福祉の基 礎理解 「社会資源活用」							
9:30		11:30						12:30		16:30					
6 日 目	保健医療福祉の基 礎理解 「人権の尊重及び 権利擁護」					昼食・休憩		保健医療福祉の基 礎理解 「高齢者の疾病と 対処及び主治医と の連携」							

①更新研修前期と専門研修課程Ⅰは同様の内容となります。

更新研修前期

(1組・2組共通)

	研修内容	時間	研修事項
1 日 目	介護保険制度論	1 H	介護保険制度に対する理解・認識を深める。
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	2 H	実際の業務に照らして確認することにより重要な倫理を会得する。
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3 H	ケアマネジメントの各プロセスの担う役割、目的を再認識するとともに重要性を理解する。また、各自の実践を省みることにより問題点・改善点を認識して改善方を導き出す。
2 日 目	対人個別援助技術 ソーシャルケースワーク（講義）	2 H	対人援助における面接・コミュニケーション技法のレベルアップを図る。
	対人個別援助技術 ソーシャルケースワーク（演習）	4.5 H	対人援助における面接・コミュニケーション技法のレベルアップを図る。
3 日 目	対人個別援助技術 ソーシャルケースワーク（演習）	2.5 H	対人援助における面接・コミュニケーション技法のレベルアップを図る。
	選択科目① サービスの活用と連携 「訪問介護・訪問入浴」	3 H	自立支援を目的とする予防給付及び介護給付サービスにおける内容を再認識し、特色や実態を把握する。
4 日 目	選択科目② サービスの活用と連携 「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」	3 H	サービス内容を再確認するとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。
	選択科目③ サービスの活用と連携 「訪問看護・訪問リハビリテーション」	3 H	自立支援を目的とする予防給付及び介護給付サービスにおける内容を再認識し、特色や実態を把握する。
5 日 目	選択科目④ サービスの活用と連携 「通所介護・通所リハビリテーション」	3 H	サービス内容を再確認するとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。
	保健医療福祉の基礎理解 「社会資源活用」	3 H	要介護高齢者が活用しうる社会資源や、関係機関等との連携方を学ぶ。
6 日 目	保健医療福祉の基礎理解 「人格の尊重及び権利擁護」	2 H	権利擁護を担う介護支援専門員の基本姿勢を確認するとともに、高齢者の権利擁護策について認識を深める。
	保健医療福祉の基礎理解 「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4 H	認知症高齢者や精神疾患を持つ人への対処方法を学ぶ。要介護高齢者の疾病の特徴とその対処法（医療・介護）、医療関係者との連携方法を学ぶ。

* 選択科目①～④（これらの中から3つ以上選択する）

* 選択科目以外は全て必修科目です。

* 更新研修前期と専門研修課程Ⅰは一緒に受講することとなります。

②更新研修後期と専門研修課程Ⅱは同様の内容となります。

更新研修後期

(1組・2組・3組・4組共通)

8:45	9:15	9:30	12:30	13:15	15:15	18:15
1日目	受付	開 会	介護支援専門員の 課題①	昼食・休憩	介護支援専門員の 課題②	サービス担当者 会議 演習

9:30	12:00	13:00	17:00
2日目	「居宅介護支援」 事例研究 「施設介護支援」 事例研究	昼食・休憩	「居宅介護支援」 事例研究 「施設介護支援」 事例研究

9:30	12:00	13:00	17:00
3日目	「居宅介護支援」 演習 「施設介護支援」 演習	昼食・休憩	「居宅介護支援」 演習 「施設介護支援」 演習

(1組・2組・3組・4組共通)

	研修内容	時間	研修事項
1 日 目	介護支援専門員の課題①	3 H	介護サービスとケアマネジメントの課題を踏まえ、介護支援専門員の基本姿勢を再確認する。
	介護支援専門員の課題②	2 H	ケアマネジメントに対する理解・認識を深める。
	サービス担当者会議演習	3 H	サービス担当者会議の運営方法、職種間の連携方法に習熟する。
2 日 目	「居宅介護支援」事例研究	6.5 H	自立支援、利用者本位の観点に基づく居宅ケアプラン作成の視点・方法を学ぶ。
	「施設介護支援」事例研究	6.5 H	自立支援、利用者本位の観点に基づく施設ケアプラン作成の視点・方法を学ぶ。
3 日 目	「居宅介護支援」演習	6.5 H	作成した居宅ケアプランを持ち寄り、相互に意見交換しながら、支援困難事例を含む多様なケースを課題分析し居宅ケアプランの作成に習熟する。モニタリング、再アセスメント、居宅ケアプラン変更の課程を学ぶ。サービス担当者会議におけるサービス事業者などとの連携方法を学ぶ。
	「施設介護支援」演習	6.5 H	作成した施設ケアプランを持ち寄り、相互に意見交換しながら、生活の質の向上及び継続性、在宅復帰の可能性等の施設特有の課題分析と施設ケアプランの作成に習熟する。モニタリング、再アセスメント、施設ケアプラン変更の過程を学ぶ。施設における職種間の連携方法、施設外の資源の活用と連携方法を学ぶ。グループ事例検討の方法を学ぶ。

「居宅介護支援」演習・「施設介護支援」演習で、使用します事例につきましては、受講決定通知書送付時に提供内容の詳細・様式等についてお知らせいたします。

※更新研修後期と専門研修課程Ⅱは一緒に受講することとなります。

6. 受講料及び納入方法

- (1) 受講料 専門研修課程Ⅰ 8,000円
 専門研修課程Ⅱ 8,000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) 一度お振込み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事項をご記入の上、5月7日（木）までに、郵送もしくはご持参により申し込んでください。（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、お申し込みの際は、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記入していただき提出してください。別添1（11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（火）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ので、ご承知おきください）

- (5) なお、受講につきましては、「受講決定通知書」と「振込用紙」を、お送りいたしますので、「受講決定通知書」は、受講時にご持参ください。

- (6) 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、受講できません。**

- (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、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。（エリア内での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（看護小規模多機能型居宅介護（旧：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で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。

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. 希望する組及び選択科目を3つ以上選択し、○印をそれぞれの該当箇所にご記入して下さい。												
組	希望する研修日程の組を選択						①~④の中から 3つ以上選択		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 組	平成27年 6月11日(木)						選択①		1. 不要 2. 必要 (内容)			
	平成27年 6月12日(金)						選択②					
	平成27年 6月13日(土)						選択③					
	平成27年 6月25日(木)						選択④					
	平成27年 6月26日(金)											
	平成27年 6月27日(土)											
2 組	平成27年 8月20日(木)						選択①					
	平成27年 8月21日(金)						選択②					
	平成27年 8月22日(土)						選択③					
	平成27年 9月 3日(木)						選択④					
	平成27年 9月 4日(金)											
	平成27年 9月 5日(土)											
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												
5. 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27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27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) 受付番号

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			昭和	年	月	日
氏名	(姓)	(名)	平成	年	月	日
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)		
事業所						事業所コード
所属	(法人名)	(事業所名)				(裏面参照)
所在地	(〒 -) 秋田県					
TEL	()			FAX	()	

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)

選択科目3つ以上とご希望の日程(組)を選択して番号をご記入下さい。但し、人数等によりご希望に添えない場合には、事務局よりご連絡差し上げます

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 月

3. 希望する組及び選択科目を3つ以上選択し、○印をそれぞれの該当箇所にご記入して下さい。

組	希望する研修日程の組を選択	①~④の中から3つ以上選択
1組	平成27年 6月11日(木)	選択①
	平成27年 6月12日(金)	選択②
	平成27年 6月13日(土)	選択③
	平成27年 6月25日(木)	選択④
	平成27年 6月26日(金)	
2組	平成27年 8月20日(木)	選択①
	平成27年 8月21日(金)	選択②
	平成27年 8月22日(土)	選択③
	平成27年 9月 3日(木)	選択④
	平成27年 9月 4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下さい。

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

無

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

5. 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27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。

申込年月日と署名・捺印を必ずお願いします。

【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	昭和	年	月	日
	氏名	(姓)	(名)	月日	平成			
	介護支援専門員登録番号							秋田県以外の登録の場合 ※該当者のみ 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 (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、通算何年になりますか？(産休・育休・病欠等は除く)

約 年 月 日

3. 希望する組とプランのコースを選択し、○印をそれぞれの該当箇所にご記入下さい。

組	希望する研修日程の組を選択して 該当箇所にご記入下さい	居室→予防プランか介護プランどちらか1つを選択、 施設→施設プランを選択 1・2・3の番号をご記入下さい	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27年 6月18日(木)	居室 介護プラン 1	
	平成27年 6月19日(金)	居室 予防プラン 2	
	平成27年 6月20日(土)	施設プラン 3	
2組	平成27年 7月30日(木)	居室 介護プラン 1	
	平成27年 7月31日(金)	居室 予防プラン 2	
	平成27年 8月1日(土)	施設プラン 3	
3組	平成27年 8月27日(木)	居室 介護プラン 1	
	平成27年 8月28日(金)	居室 予防プラン 2	
	平成27年 8月29日(土)	施設プラン 3	
4組	平成27年 9月18日(金)	居室 介護プラン 1	
	平成27年 9月19日(土)	居室 予防プラン 2	
	平成27年 9月20日(日)	施設プラン 3	

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) **有の方のみお答えください。**
 無 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

5. 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27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、ご承知おください。

申込時の留意事項

平成27年度介護支援専門員専門研修課程Ⅱ

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

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)

ご希望の日程(組)を選択してご記入下さい。但し、人数等によりご希望に添えない場合には、事務局よりご連絡差し上げます

居宅を選択した場合、介護プランか予防プランかを更に選択して下さい。選択されていない場合は、介護プランとさせていただきます。

申込年月日と署名・捺印を必ずお願いしま

1. 申込者(受講希望者本人が記入して下さい)

フリガナ			〒			平成	年	月	日
氏名	(姓)	(名)	生年月日	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 ※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	() () () () () () () () () ()					
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	() () () () () () () () () ()		

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. 希望する組とプランのコースを選択し、○印をそれぞれの該当箇所にご記入下さい。

組	希望する研修日程の組を選択	居室→予防プランか介護プランどちらか1つを選択、施設→施設プランを選択 1・2・3の番号をご記入下さい	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
1組	平成27年 6月18日(木) 平成27年 6月19日(金) 平成27年 6月20日(土)	居室 介護プラン 1 居室 予防プラン 2 施設プラン 3	
2組	平成27年 7月30日(木) 平成27年 7月31日(金) 平成27年 8月1日(土)	居室 介護プラン 1 居室 予防プラン 2 施設プラン 3	
3組	平成27年 8月27日(木) 平成27年 8月28日(金) 平成27年 8月29日(土)	居室 介護プラン 1 居室 予防プラン 2 施設プラン 3	
4組	平成27年 9月18日(金) 平成27年 9月19日(土) 平成27年 9月20日(日)	居室 介護プラン 1 居室 予防プラン 2 施設プラン 3	

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。
□ 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

5. 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27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27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)	
					氏名			
	所在地	(〒 -) 秋田県						
TEL	()			FAX	()			
日中確実に連絡のとれる番号を記入して下さい								

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 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27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27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	秋田県以外の登録の ※該当者のみ 場合登録都道府県を記入						
	事業所番号	住民票に登録されている、氏名をご記入下さい。(氏名)						コード(下記参照)
	所属							
	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 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関連はありません。

平成27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)を添付しましたか?
- 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