

令和 2(2020)年度千葉県主任介護支援専門員更新研修 【提出物確認書】

- 記入漏れや捺印漏れがある場合、必要な書類が添付されていない場合は、受付できないことがあります。
- 提出の際は書類一式が様式 1 から順番に揃っていることを確認し、クリップなどで留めてください。(ホチキス不可)
- 各様式の日付は全て和暦で記入してください。

申込者氏名 _____

		提出書類	様式	チェック	備考	
全員が提出		提出物確認書(本用紙)	様式 1	<input type="checkbox"/>		
		受講申込書	様式 2	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し貼付	
		ア 主任介護支援専門員研修 修了証明書の写し または イ 主任介護支援専門員更新研修 修了証明書の写し		<input type="checkbox"/>	主任介護支援専門員資格の 初回更新の場合はア 2回目以降の更新の場合はイ	
		所属事業所推薦書	様式 3	<input type="checkbox"/>		
該当者が提出		個別要件提出書類	様式	チェック	様式 4 とあわせて添付する 証明書類	チェック
	①	研修企画、講師・ファシリテーター 経験証明書	様式 4-①	<input type="checkbox"/>	特になし	—
	②	研修実績証明書	様式 4-②	<input type="checkbox"/>	研修の受講を証明する書類	<input type="checkbox"/>
	③	研究発表実績証明書	様式 4-③	<input type="checkbox"/>	研究発表したことを証明する 書類	<input type="checkbox"/>
	④	認定ケアマネジャー認定証の写し				<input type="checkbox"/>
	⑤-1	実習受入証明書の写し				<input type="checkbox"/>
	⑤-2	千葉県介護支援専門員地域同行型研修の修了証書の写し				<input type="checkbox"/>

該当者が提出	提出書類	様式	チェック	
必須要件ア.②	市町村推薦書	様式 5	<input type="checkbox"/>	

令和2(2020)年度千葉県主任介護支援専門員更新研修
受講申込書

※全員の方が提出

千葉県知事 森田 健作 様

記入日 令和 年 月 日

フリガナ				性別	男 ・ 女	
氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日(才)	
介護支援専門員登録番号					登録都道府県	
介護支援専門員証有効期間満了日		平成 年 月 日		主任介護支援専門員更新回数		<input type="checkbox"/> 初回更新
主任介護支援専門員有効期間満了日		平成 年 月 日				<input type="checkbox"/> 2回目以降の更新
介護支援専門員受験時の基礎資格					その他保有している資格	
自宅住所		〒 -				
		電話 ()			携帯電話 ()	
所属事業所(書類送付先)	事業所番号					
	名称	法人名		事業所名		
	所在地	〒 - 電話 ()				
事業所区分(該当する番号に○)		1.居宅介護支援 2.介護老人福祉施設 3.介護老人保健施設 4.介護療養型病床 5.小規模多機能 6.グループホーム 7.特定施設 8.地域包括支援センター 9.その他()				
受講対象要件 必須要件		必須要件を全て満たしている⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
受講対象要件 個別要件 該当箇所に☑		<input type="checkbox"/> ①	介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者			
		<input type="checkbox"/> 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			
		<input type="checkbox"/> ②	【特別措置】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2回以上参加した者			
		<input type="checkbox"/> 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			
		<input type="checkbox"/> ④	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			
		<input type="checkbox"/> ⑤-1	千葉県介護支援専門員実務研修の実習指導を行った者			
		<input type="checkbox"/> ⑤-2	千葉県介護支援専門員地域同行型研修に参加し、アドバイザーとして全課程を修了した者			
業務従事期間(通算)	介護支援専門員業務(主任介護支援専門員期間含む)		年 月		介護支援専門員証の写し貼付欄	
	上記の期間のうち主任介護支援専門員業務		年 月			
署名欄		上記記載内容及び申込書一式(添付書類等)の記載事項に相違ありません。		必ず介護支援専門員証の写しをここに貼付してください。		
		氏名(自書) _____				
備考						

※全員の方が提出

【インターネット環境について】

新型コロナウイルス感染症拡大状況により、Web形式を取り入れた研修に切り替える場合があります。皆様の**現時点での※**インターネット環境等を確認するため、以下について記入してください。
 ※現時点で以下の環境を必ず揃えなければならないわけではありません。加えて、ここで記入された内容が受講選考に影響するものではありません。

申込者氏名		介護支援専門員 登録番号	
質問	項目（複数☑可）		備考
1 Zoom を利用 したことがありますか	ある	<input type="checkbox"/> 開催した	本研修においてWebを活用する場合は「Zoom」を使用する予定です。
		<input type="checkbox"/> 参加した	
	<input type="checkbox"/> ない 又は 知らない		
2 メールアドレス はありますか	ある	<input type="checkbox"/> 自分専用	ご自身専用のものが望ましいですが、職場等の共通メールアドレスでも構いません（常時確認、送受信ができることが望ましいです）。
		<input type="checkbox"/> 職場共通	
	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> ない		
3 研修受講用に使用 できるパソコン等 はありますか	ある	<input type="checkbox"/> 自宅パソコン	スマートフォンでも動画の視聴やZoom利用はできませんが、研修内では、講師のスライドやグループワーク時での資料共有等が想定されます。そのため受講用には可能な限りパソコンのような大画面の環境が望ましいです。 Zoomを使用している間は、インターネットに常時接続します。ネット環境が「無制限」でない場合、通信容量（容量不足）に注意が必要です。容量を超えた場合は動画を視聴できない、通信が途中で遮断されてしまう可能性があります。
		<input type="checkbox"/> 事業所パソコン	
	ある	<input type="checkbox"/> 自宅タブレット	
		<input type="checkbox"/> 事業所タブレット	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> ない		
4 インターネット 環境はありますか (通信容量の確認)	ある	<input type="checkbox"/> 容量制限あり	
		<input type="checkbox"/> 無制限	
	<input type="checkbox"/> ない		
5 周辺機器はあり ますか	カメラ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	カメラはご自身の顔を映すために必要です。同様にマイク、スピーカーは音声を発信、受信する際に必要となります。ノートパソコンの場合はカメラやマイク等が内蔵されている場合もあります。
	マイク スピーカー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
6 Web研修に参 加する場合の場 所は確保できま すか	できる	<input type="checkbox"/> 自宅	通信中に雑音（受講者以外の会話、物音等）が入ると他の受講者に迷惑をかけてしまいます。また、受講者以外の視聴、聴講等は禁止です。
		<input type="checkbox"/> 事業所	
	<input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> できない		
7 Web研修とな る場合に参加で きますか	<input type="checkbox"/> できる		現時点での参加の意向をお知らせください。 ここで「受講を辞退したい」に☑を記入しても辞退にはなりません。（あくまでも意向確認です）
	できない	<input type="checkbox"/> 会場へ参集したい	
<input type="checkbox"/> 方法を知りたい			
<input type="checkbox"/> 受講を辞退したい			
8 その他ご不明点があれば 具体的に記入してくださ い。			

※全員の方が提出

所属事業所推薦書

令和 年 月 日

所在地 〒 _____

法人名又は事業所名 _____

代表者職名・氏名 職名 _____ 氏名 _____

連絡先電話番号 _____

代表者以外の者が作成する場合 職名・氏名 職名 _____ 氏名 _____

事業所
確認印
公 印

下記の者は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件を満たし、主任介護支援専門員として十分な知識と経験を持つことから、受講を適当と認め推薦します。

申込者氏名	主任介護支援専門員 更新回数	<input type="checkbox"/> 初回更新 <input type="checkbox"/> 2回目以降の更新
-------	-------------------	--

代表者記入欄	受講申込者が代表者であるため以下は自書します→ <input type="checkbox"/> 推薦理由や本研修で特に学んでほしいこと等 _____ _____ _____ _____
	主任介護支援専門員としての地域における実績や貢献の内容、リーダーとしての経験等 _____ _____ _____ _____

申込者記入欄	受講目的、普段の活動状況等 _____ _____ _____
	該当者は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 1. 現在、居宅介護支援事業所の管理者である→ <input type="checkbox"/> 2. 本研修を受講修了後に、居宅介護支援事業所の管理者となる予定がある→ <input type="checkbox"/> 3. 本研修を受講修了後に特定事業所加算を算定する予定がある→ <input type="checkbox"/> (I・II・III・IV)

所属事業所の概要 (申込者本人含む 2020/9/1 現在)		特定事業所加算取得状況 (2020/9/1 現在)	
事業所内の介護支援専門員の人数	名	I 算定	有 ・ 無
		II 算定	有 ・ 無
事業所内の主任介護支援専門員の人数	名	III 算定	有 ・ 無
		IV 算定	有 ・ 無

※申込者が事業所の代表者等である場合は「受講申込者が代表者であるため以下は自書します」にチェック を記入し、代表者記入欄と申込者記入欄のいずれも自書してください。

※研修期間中に所属事業所を変更した場合は、変更届とあわせて本用紙をあらたに提出していただきます。

受講要件（個別要件）①

研修企画、講師・ファシリテーター経験証明書

※記載する前に必ず別紙「受講要件（個別要件）の具体的な内容」を確認してください。

記入日 令和 年 月 日

千葉県知事 森田 健作 様

氏 名	
介護支援専門員登録番号	

私は、平成・令和____年度（4月1日～3月31日）の実績について以下のとおり申告いたします。

No.	研修会名	研修実施機関名	研修年月日	担当科目	区分
1					
2					
3					

※1 対象となるのは主任介護支援専門員資格の有効期間内のうち、前年度の実績です。

※2 上記記載内容に虚偽等の不正が発覚した際は受講決定を取り消す場合があります。

■研修会名…該当となるのは介護支援専門員の法定研修（実務研修、専門研修、更新研修、主任研修、主任更新研修）及び千葉県介護支援専門員協議会主催研修です。

■研修年月日…〇〇年〇月〇日と記載

■区分…右記1～3の番号を記載してください。（1企画 2講師 3ファシリテーター）

受講要件（個別要件）② 研修実績証明書

※記載する前に必ず別紙「受講要件（個別要件）の具体的な内容」を確認してください。

記入日 令和 年 月 日

千葉県知事 森田 健作 様

氏 名	
介護支援専門員登録番号	

私は、平成・令和____年度（4月1日～3月31日）の実績について以下のとおり申告いたします。

↓該当する個別要件のいずれかにチェック☑

<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	【特別措置】 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2回以上参加した者

No.	研修会名	研修実施機関名	研修年月日	講師名・研修内容	時間
1				講師（ ）	開始 終了 計 時間
2				講師（ ）	開始 終了 計 時間
3				講師（ ）	開始 終了 計 時間
4				講師（ ）	開始 終了 計 時間

※1 対象となるのは主任介護支援専門員資格の有効期間内のうちいずれか1年間（4/1～3/31）の実績です。

※2 一つの研修会をプログラムの構成上2回程度に分けて実施した場合も可とします。

※3 上記記載内容に虚偽等の不正が発覚した際は受講決定を取り消す場合があります。

- 研修年月日…〇〇年〇月〇日と記載
- 研修内容…主な内容やテーマなど
- 時間…該当となる研修会の開催時間

受講要件（個別要件）③ 研究発表実績証明書

※記載する前に必ず別紙「受講要件（個別要件）の具体的な内容」を確認してください。

記入日 令和 年 月 日

千葉県知事 森田 健作 様

氏 名	
介護支援専門員登録番号	

私は、平成・令和____年度（4月1日～3月31日）の実績について以下のとおり申告いたします。

	研究大会名	実施機関名	大会年月日	発表内容（演題テーマ）
1				
2				
3				
4				

※1 対象となるのは主任介護支援専門員資格の有効期間内のうちいずれか1年間（4/1～3/31）の実績です。

※2 上記記載内容に虚偽等の不正が発覚した際は受講決定を取り消す場合があります。

■大会年月日…〇〇年〇月〇日と記載

■発表内容…発表のテーマ、演題テーマなどを記載

■添付書類…大会プログラムや発表抄録の写しなど、上記内容と申込者名が明記されたもの。添付書類がないものは認められない場合があります。

市町村推薦書

令和 年 月 日

千葉県知事 森田 健作 様

(推薦者) 市町村名

市町村長名

印

所在地

〒

-

(担当者) 職名・氏名

連絡先電話番号

()

以下の者を受講対象要件 必須要件ア.「②県内の自治体に所属している者」に該当する者として、令和2年度千葉県主任介護支援専門員更新研修受講者に推薦いたします。

申込者氏名	
所属部署	
職 名	
従事している業務 の具体的な内容	
推薦理由	

※上記は市町村（必ず所属長等の証明権限を有する者）が記入してください。申込者が自書した場合は無効となります。