

平成23年度香川県介護支援専門員再研修受講申込書記入要領

受講申込書記入にあたっては、下記を参照の上、ボールペンを使用し、楷書で丁寧に記入してください。

※受付番号	記入しないでください。
介護支援専門員登録番号 有効期限	介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書に表示している番号を記入してください。 介護支援専門員の有効期限について西暦表示で記入してください。 有効期限： <u>20〇年〇月〇日</u>
根拠資格	介護支援専門員実務研修受講試験申込時、記載した資格を記入ください。 例：医師、看護師、介護福祉士、相談等の業務、介護等の業務 等
氏名	介護支援専門員証(介護支援専門員登録証明書)に記載されている氏名を使用の上、必ずフリガナも記入してください。氏名の変更のあった方は、旧姓を記入してください。
性別	該当する項目を○で囲んでください。
生年月日	西暦で記入してください。
現住所	必ずフリガナも記入し、市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）〇〇様方まで正確に記入してください。受講決定通知書は、現住所に郵送します。また、郵便番号、電話番号も忘れずに記入してください。
介護支援専門員実務経験の有無	①実務経験がある方は、その実務従事の年及び、従事期間を記載してください。複数ある場合は、分けて記入下さい。 ※現在実務従事中の方は、現勤務先及び勤務先住所・電話番号を記入してください。現勤務先は、現在の勤務先名称を省略せずに正確に記入してください。勤務先住所は、市町村名、字、番地（集合住宅の場合は、名称、室名）〇〇様方まで正確に記入してください。 ②未経験の方は、介護支援専門員の資格を修得してから、一度も介護支援専門員の業務をしていない方です。
介護支援専門員実務従事期間	介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、介護支援専門員として就労したものです。 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、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。 但し、これらの事業所または施設で就労していたとしても、単に、要介護認定のための調査業務のみを行っていた場合や利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行っていたのみでサービス計画の作成を行っていなかった場合は、実務経験としては認められません。 なお、指定居宅介護支援事業所においては、基準上、常勤専従の管理者を置くこととなっており、当該管理者については、実務経験があると認められます。
希望日程	日程A, B-1 から選択してください。

課題分析方式	実習で使用しますので、1つ選択してください。 (判断基準としては、現勤務先が使用している方式、あるいは勤務する予定になっている事業所等が使用している方式、実務研修受講時に選択した方式 等です。)
香川県外登録者 受講確認	<u>現在、香川県外登録をしている方のみ</u> 記入してください。香川県での研修受講にあたっては、必ず登録都道府県に受講の確認を得た上でお申込みください。