

平成 30 年度 愛知県介護支援専門員専門研修・更新研修(実務経験者)受講申込書

提出期限：平成 30 年 5 月 7 日(月)【必着】FAX 不可

提出日 年 月 日

介護支援専門員証		添付書類：必須 □介護支援専門員証(写し) *チェック✓してください		□主任 ケアマネ (該当者のみ)		受付整理番号 □1回目 □2回目 *記入不要	
登録番号	有効期間満了日	平成 年 月 日					
フリガナ		性別	生年月日		年齢		
氏名 氏名変更の場合 添付書類必須		男・女	T・S・H	年 月 日生		歳	
実務従事状況 (必ずいずれかに○印)	現在、介護支援専門員業務に		<input type="checkbox"/> 1 従事している <input type="checkbox"/> 2 従事していない		基礎資格コード *コード表参照		
証の更新の有無 (いずれかに○印) 及び実務従事期間	1 専門員証の更新をしたことがある。(前回の有効期間満了日：平成 年 月 日) →前回更新以後の実務従事期間 年 月(H 年 月)から H 30 年 月まで)*1 →通算実務従事期間 年 月(H 年 月)から H 30 年 月まで)*2 2 専門員証の更新をしたことはない。(前回再研修を受講された方もこちら) →実務従事期間 年 月 (H 年 月)から H 年 月まで						
【該当者のみ】 研修修了状況 (修了したものに○印と修了年 度を記入) □にチェック✓ してください	1 専門【課程Ⅰ】 修了年度 平成 年度 → □修了証(写し) 添付 2 専門【課程Ⅱ】 修了年度 平成 年度 → □修了証(写し) 添付 3 更新(実務経験者) 修了年度 平成 年度 → □修了証(写し) 添付 【53時間 or 20時間】 ←いずれかに○印必要 4 更新研修(実務未経験者) 修了年度 平成 年度 → □修了証(写し) 添付 5 再研修 修了年度 平成 年度 → □修了証(写し) 添付 *実務研修については記載不要						
受講コース (いずれかに○印) 内容を確認のうえ □にチェック✓ してください	1 専門研修課程Ⅰ+Ⅱ(88時間以上) <input type="checkbox"/> 現在実務に就いている 2 専門研修課程Ⅰ(56時間以上) <input type="checkbox"/> 従事期間を満たしている or <input type="checkbox"/> 見込 3 専門研修課程Ⅱ(32時間以上) <input type="checkbox"/> 愛知県の登録である(他県の方はご連絡ください) <input type="checkbox"/> 有効期間満了日が平成 32 年 1 月以降である 4 更新研修(実務経験有・88時間以上) <input type="checkbox"/> 有効期間満了日(平成 31 年 1 月 1 日～ 平成 31 年 12 月 31 日)までである 5 更新研修(実務経験有・32時間以上) <input type="checkbox"/> この有効期間内において実務に就いたことがある <input type="checkbox"/> 愛知県の登録である(他県の方はご連絡ください)						
郵便番号	〒		-		市町村コード*コード表参照		
現住所	都道府県		市区町村				
	携帯電話		-		電話( ) -		
現勤務先	名称			事業所種別番号			市区町村コード
	所在地	(〒 - )		*コード表参照		*コード表参照	
		電話( ) -		FAX ( ) -			
<b>受講者アンケート</b>		<b>※定員の関係上、受講曜日等日程の希望にお応えできないことを、あらかじめご承知おきください。</b>					
◎受講曜日の希望について □にチェック✓を入れてください		<input type="checkbox"/> ①できれば平日(祝日以外の月曜から金曜)の受講を希望する。 <input type="checkbox"/> ②できれば平日以外(土曜・日曜・祝日)に受講したい。 <input type="checkbox"/> ③何曜日でもかまわない。					
□主任介護支援 専門員更新研修の 申込をする方はチ ェック✓してく ださい(該当者のみ)	アセスメント手法の方式名	その他連絡事項					

※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。ただし、この研修の目的に沿い、介護保険制度の円滑な運営のため、研修の修了者情報については愛知県に提供されますので、ご承知おきください。

\*1「前回更新以後の実務従事期間」とは、前回の有効期間満了日から実務に就いている期間です。

\*1・\*2 実務従事期間は、研修開始時点までで換算してください。(課程Ⅰは6月。課程Ⅱは8月)

現在実務についていない方は、実務従事期間の「H30年」を実態にあわせて訂正してください。

## ～申込書を送る前に必ずチェックしましょう～

- 介護支援専門員証（写し）等は添付しましたか？
- 修了した研修の修了証（写し）は添付しましたか？（実務研修は不要です）
- 専門員証の氏名と現在の氏名が違う場合、公的書類（免許証や戸籍抄本）の写しは添付しましたか？
- 基礎資格コード、市町村コード、事業所種別番号は記入してありますか？
- 受講希望アンケートは記入してありますか？（記入がない場合には事務局で割り振りをします）
- 愛知県登録ですか？（愛知県登録以外の方は受講地変更ないしは登録地変更が必要となります）

### 2回目以降の更新手続きをご希望の方へ

◆前回の更新のための研修は専門研修、又は更新研修（実務経験者）を受講されましたか？

□はい→ 現在の有効期間内において実務経験者ですか？

□はい→ 現任者で（前回の更新後）実務経験3年以上ある、有効期間が平成32年以降の方→**受講コース3**

愛知県登録で有効期間が平成31年12月31日までの方→**受講コース5**

□いいえ（未経験です）→\*研修が異なります。**実務未経験者**（募集は8月中旬～）が対象です。

◆前回の更新のための研修は、実務未経験者を受講されましたか？

□はい→ 現在の有効期間内において実務経験者ですか？

□はい→ **専門Ⅰ・Ⅱもしくは更新（実務経験者）研修（88時間以上）**の研修となります。

\* 受講要件は「研修のご案内」でご確認ください

□いいえ（未経験です）→\*研修が異なります。**実務未経験者**（募集は8月中旬～）が対象です。

### ＜市町村コード表＞

コード	市区町村	コード	市区町村	コード	市区町村	コード	市区町村	コード	市区町村
1	豊橋市	16	常滑市	31	愛西市	46	東浦町	59	中区
2	岡崎市	17	江南市	32	清須市	47	南知多町	60	昭和区
3	一宮市	18	小牧市	33	北名古屋市	48	美浜町	61	瑞穂区
4	瀬戸市	19	稲沢市	34	弥富市	49	武豊町	62	熱田区
5	半田市	20	新城市	35	みよし市	50	幸田町	63	中川区
6	春日井市	21	東海市	36	あま市	51	設楽町	64	港区
7	豊川市	22	大府市	37	長久手市	52	東栄町	65	南区
8	津島市	23	知多市	38	東郷町	53	豊根村	66	守山区
9	碧南市	24	知立市	39	豊山町			67	緑区
10	刈谷市	25	尾張旭市	40	大口町	—	名古屋市	68	名東区
11	豊田市	26	高浜市	41	扶桑町	54	千種区	69	天白区
12	安城市	27	岩倉市	42	大治町	55	東区	70	愛知県以外
13	西尾市	28	豊明市	43	蟹江町	56	北区		
14	蒲郡市	29	日進市	44	飛島村	57	西区		
15	犬山市	30	田原市	45	阿久比町	58	中村区		

### ＜事業所種別番号＞

①	居宅介護支援事業所
②	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)
③	小規模多機能型居宅介護事業所
④	介護老人福祉施設
⑤	介護老人保健施設
⑥	介護療養型医療施設
⑦	特定施設入居者生活介護事業所
⑧	地域密着型介護老人福祉施設
⑨	地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
⑩	認知症対応型共同生活介護事業所

### ＜基礎資格等コード表＞

番号	資格名	番号	資格名	番号	資格名	番号	資格名
1	医師	7	准看護師	13	言語聴覚士	19	社会福祉士
2	歯科医師	8	理学療法士	14	あん摩マッサージ指圧師	20	介護福祉士
3	薬剤師	9	作業療法士	15	はり師	21	精神保健福祉士
4	保健師	10	視能訓練士	16	きゅう師	22	相談援助業務従事者
5	助産師	11	義肢装具士	17	柔道整復師	23	介護業務従事者
6	看護師	12	歯科衛生士	18	栄養士・管理栄養士		

## ◆ 該当者のみ ◆

同事業所内で複数人受講するため別の日程にする必要がある場合は、

該当される方をすべて記載し、全員分の申込書に添付してください。

提出いただいた場合、受講曜日の希望より別日程への割り振りを優先させていただきます。

事業所名	氏名	専門員証登録番号
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
		( )
【別日を希望する理由 ※必須】 希望に添えない場合あり。(日にちの指定はできません)		
担当者	連絡先 TEL	

# 平成 30 年度愛知県介護支援専門員専門研修・更新研修（実務経験者）

## 受講申込書記入要領

受講申込書の記入にあたっては、下記を参照の上、ボールペンを使用し、楷書で正確に記入してください。  
提出期限：平成30年5月7日(月) [必着]までに郵送にてお申し込みください。

介護支援専門員証	添付書類	・「登録番号」欄に記入した番号が記載されている介護支援専門員証の写しを添付してください。専門員証の原本を紛失している場合は、 <a href="#">よくある質問Q18</a> を参照してください。
	登録番号	・介護支援専門員証に表示されている登録番号を記載してください。登録番号は8桁の数字からなる番号です。
	有効期間満了日	・介護支援専門員証に表示されている有効期間満了日を記載してください。
主任ケアマネ	主任介護支援専門員研修を修了し主任ケアマネの資格をお持ちの方は、書類の口にチェックを入れてください。	
受付整理番号	・記入しないでください。	
氏名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正確な文字を使用の上、必ずフリガナも記入してください。</li> <li>・氏名に変更があった場合は、変更の前後が記載されている公的書類(戸籍抄本、運転免許証、年金手帳等)の写しを添付してください。</li> </ul>	
年齢	・申込時点の年齢を記載してください。	
介護支援専門員実務従事状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修開始時に、介護支援専門員としての業務に従事しているかどうかで判断してください。</li> <li>・なお、<u>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を補助的に行うのみで、サービス計画の作成を行っていなかった場合は、介護支援専門員としての業務には含まれません。</u></li> </ul>	
基礎資格コード	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申込時に保有している資格(別紙コード表を参照)の番号を記入してください。</li> <li>・複数保有している場合は、全て記入してください。</li> </ul>	
証の更新の有無及び実務従事期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する番号を○で囲んでください。</li> <li>なお前回再研修を受講された方は、2 専門員証の更新をしたことがない に該当します。</li> <li>[1を○で囲んだ方] 前回の有効期間満了日(現在の有効期間満了日を5年遡った日)を記載してください。また、上段に前回更新(前回の有効期間満了日)以後の実務従事期間を記載してください。下段には介護支援専門員として従事していた<u>通算</u>実務従事期間を記入してください。(研修開始時点までを算定してください。)</li> <li>[2を○で囲んだ方] 現在までの実務従事期間を記入してください。</li> <li>・複数の事業所に勤務した場合には期間を通算して記入してください。</li> <li>[専門研修共通(有効期間満了日が32年1月以降の方)]</li> <li>・申込時点では受講対象となる年数に満たない場合でも、研修開始時点で満たすことができれば、見込みで申し込み可能です。ただし、離職した場合は、課程Ⅰ・Ⅱの受講資格が無くなりますので、必ず申し出てください。</li> <li>また、見込みで記入する場合、いつの時点でのものか正確にご記入ください。 (例) 平成30年4月の時点で2年9ヶ月であるが、8月末に3年になる予定の場合 →実務従事期間 3年0か月(27年9月から30年8月まで)</li> </ul>	
研修修了状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在までに修了した研修があれば、該当研修を○で囲み、修了年度をご記入ください。</li> <li>・なお実務研修についての記載は不要です。</li> <li>* シルバーサービス振興会が実施していた実務従事者基礎研修(33時間)は、課程Ⅰとは別の研修です。</li> </ul>	

添付書類	<p>・介護支援専門員専門研修・更新研修・再研修の修了証の写しを添付してください。(該当者のみ) また添付した書類の口にチェックを入れてください。 紛失している場合は、愛知県福祉人材センターまでお問い合わせください。</p>																						
受講コース	<p>・これまでの実務従事状況や各種研修の修了状況により異なりますので、詳細は<u>受講のご案内</u>をご覧ください。更新2回目以降の方は<u>よくある質問</u>Q9～Q11もご参照ください。</p> <p>・該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>・愛知県外の登録の方は、別途手続きが必要になりますので、福祉人材センターまでお問い合わせください。</p> <p>[専門研修(有効期間満了日が32年1月以降の方)] 点線上部の全ての項目に当てはまるか確認のうえ、該当する□にチェックを入れてください。</p> <p>[更新研修(有効期間満了日が31年1月～31年12月の方)] 点線下部3個の□全てに当てはまるか確認のうえ、該当する□にチェックを入れてください。</p> <p>* &lt;平成27年度以前に課程Ⅰ(旧カリキュラム)を修了された方へ&gt; 平成27年度以前に課程Ⅰ(旧カリキュラム)を修了された方は、今回課程Ⅱを受講されるにあたり、新カリキュラムでの課程Ⅰをあらためて受講する必要はありません。</p>																						
現住所	<p>・市(区)町村名、字、番地(集合住宅の場合は、名称、室名も)、〇〇様方まで正確に記入してください。専門員証に記載のある住所と違っていても、研修受講にあたって支障はありません。<b>受講決定通知等は、すべて現住所に郵送しますので、記入が不正確ですと郵便物が届かず、受講できなくなる場合があります。</b></p> <p>・郵便番号、電話番号も忘れずに記入してください。</p> <p>・「市区町村コード」欄は、別紙コード表を参照し、該当する番号を記入してください。</p>																						
現勤務先	<p>・現在の勤務先名称を正確に記入してください。</p> <p>・「市区町村コード」欄は、別紙コード表により、該当するコードを記入してください。</p> <p>・申込内容確認のため、勤務先に連絡する場合がありますので、現在、介護支援専門員として働いていない方も、勤務している場合は、勤務先を記入してください。</p> <p>・受講決定通知等の送付は勤務先には行いません。</p>																						
事業所種別番号	<p>・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に限り、「事業所種別番号」欄には次のいずれかのうち該当する番号を記載してください。(現在介護支援専門員として就業していない方は記入の必要はありません。)</p> <table border="1" data-bbox="363 1352 1235 1865"> <thead> <tr> <th>事業所種別番号</th> <th>事業所種別</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>居宅介護支援事業所</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>介護予防支援事業所(地域包括支援センター)</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>小規模多機能型居宅介護事業所</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>介護老人福祉施設</td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td>介護療養型医療施設</td> </tr> <tr> <td>⑦</td> <td>特定施設入居者生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td>⑧</td> <td>地域密着型介護老人福祉施設</td> </tr> <tr> <td>⑨</td> <td>地域密着型特定施設入居者生活介護事業所</td> </tr> <tr> <td>⑩</td> <td>認知証対応型共同生活介護事業所</td> </tr> </tbody> </table> <p>注)上記の事業所または施設で就労していたとしても、<u>要介護認定のための調査業務のみ</u>を行っていた場合や利用者・サービス提供事業者との連絡調整を補助的に行うのみで、サービス計画の作成を行っていなかった場合は、<u>実務経験とは認められません。</u></p> <p>なお、指定居宅介護支援事業所は、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。</p>	事業所種別番号	事業所種別	①	居宅介護支援事業所	②	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	③	小規模多機能型居宅介護事業所	④	介護老人福祉施設	⑤	介護老人保健施設	⑥	介護療養型医療施設	⑦	特定施設入居者生活介護事業所	⑧	地域密着型介護老人福祉施設	⑨	地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	⑩	認知証対応型共同生活介護事業所
事業所種別番号	事業所種別																						
①	居宅介護支援事業所																						
②	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)																						
③	小規模多機能型居宅介護事業所																						
④	介護老人福祉施設																						
⑤	介護老人保健施設																						
⑥	介護療養型医療施設																						
⑦	特定施設入居者生活介護事業所																						
⑧	地域密着型介護老人福祉施設																						
⑨	地域密着型特定施設入居者生活介護事業所																						
⑩	認知証対応型共同生活介護事業所																						

<p>受講希望アンケート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護支援専門員専門研修・更新研修を円滑に実施するうえで、受講日等の決定の参考とするため、ご回答ください。</li> <li>・定員の関係上、受講曜日等日程の希望通りになるとは限りませんので、ご承知ください。</li> </ul>
<p>主任介護支援専門員更新研修の申込をする方(該当者のみ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護支援専門員証の有効期間内に主任介護支援専門員更新研修（平成28年度より新規実施）を修了された場合は、介護支援専門員更新研修の受講については免除されます。</li> <li>・主任介護支援専門員更新研修については、シルバーサービス振興会（TEL（052）212-1685）、または愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（TEL（052）265-6398）へお問合せ下さい。</li> <li>・主任介護支援専門員更新研修の受講も申請される方は口にチェックをしていただき、受講できるかどうか結果が分かり次第、福祉人材センター（TEL（052）212-5516）までご連絡をお願いします。当会が実施する介護支援専門員更新研修を受講することが決定してから、受講料の振込をお願いします。</li> </ul>
<p>アセスメント手法の方式名</p>	<p>現在、使用しているアセスメント手法の方式名をご記入ください。        主なアセスメント手法は下記のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・インターライ方式（旧MDS-HC方式）※</li> <li>・包括的自立支援プログラム（三団体ケアプラン策定研究会方式）</li> <li>・日本介護福祉士会方式</li> <li>・日本社会福祉士会方式（ケアマネジメント実践記録様式）</li> <li>・日本訪問看護振興財団方式</li> <li>・居宅サービス計画ガイドライン</li> <li>・センター方式（認知症の人のためのケアマネジメントシート）</li> <li>・愛介連版 アセスメントシート（愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会作成）</li> </ul> <p>※MDS-HC方式はインターライ方式に改訂されています。        ※事業所独自の方式を使用している場合は、“事業所独自の方式”とご記入ください。</p>
<p>その他連絡事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害、体調不良等の理由により配慮が必要な場合は、お知らせください。</li> <li>・業務の都合上、特定の曜日以外の受講が困難な場合など特に連絡しておきたい事項がありましたら、ご記入ください。</li> <li>・同事業所内で複数人受講するため、別日程にする必要がある場合のみ3頁目の様式に記入し、添付してください。</li> </ul> <p>なお、ご希望にはできる限り配慮しますが、お応えできない場合がありますので、あらかじめご承知ください。</p>

※愛知県介護支援専門員専門研修・更新研修(実務経験者)の受講について（補足）

実務経験者の研修においては、事例の提出が必要になります。受講するにあたり、事例が提出できることも要件になります。前年度の様式を参考にしてください（様式は変更になる可能性があります）。

事例の提出ができない場合は更新研修（未経験）・再研修（特例）の研修を受講していただければ、介護支援専門員証の更新は可能です。

**宛名にご活用ください。切りとって封筒にはがれないよう貼り付けて郵送してください。**

〒461-0011

愛知県名古屋市東区白壁1-50

愛知県社会福祉協議会 福祉人材センター  
 「介護支援専門員更新研修担当」あて

【介護支援専門員更新研修等申込書在中】