

送信先：愛知県福祉人材センター実務実習担当
FAX：(052) 212-5518

第1号様式 (受入事業所→人材)

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
事務局長 夏目 吉昌 殿

所在地
事業所名称
管理者氏名

愛知県介護支援専門員実務研修 実習受入協力事業所登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ										
	事業所名称										
	介護保険事業所番号	2	3								
	主たる事務所の所在地	(〒 -)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	管理者氏名	(フリガナ)									
	指定年月日			年	月	日					
	主任介護支援専門員の数	人		※特定事業所加算の有無 (該当を○で囲む)				I・II・III・無			
	一日あたりの受入可能人数										
	主に使用しているアセスメント方式	①インターライ (MDS・HC) 方式			②包括的自立支援プログラム			③日本介護福祉士会方式			
	④日本社会福祉士会方式			⑤愛介連版アセスメントシート			⑥日本訪問看護振興財団方式				
	⑦居宅サービス計画ガイドライン			⑧センター方式			⑨その他 ()				
備考	【例：受入不能な時期等 (月初など)】										

※欄で、特定事業所加算を取得する予定の場合は、見込みで○を付けてください。

※※なお、本申請は関係する行政庁に開示いたします。

介護支援専門員実務研修の実習受入れアンケート(平成29年3月修正)

日ごろから、本会事業の推進にご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、平成28年度から介護支援専門員実務研修につきましては、一連のケアマネジメントプロセスの実習が必要となりました。

つきましては、実習受入れの依頼及び意思確認を行うにあたり、各事業所・施設様には、事前アンケートにご協力いただき、実習受入協力事業所登録申請をお願いいたします。

なお、この実習受入れは、特定事業所加算の算定要件【居宅介護支援】の一つとなります。この実習を担当した主任介護支援専門員は自身の更新研修の受講要件の個別要件の内、「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もの」を満たす予定です。

実習受入れアンケート

事業所名称											
介護保険事業所番号		2	3								
特定事業所 加算の有無 (○で囲む)	I・II・III・無 (取得見込を含む)	連絡先		電話番号： () FAX番号： () 担当者氏名：							

■受入環境について

【実習受入れ期間】
受講者の、前期日程終了の翌日から後期日程開始日の前日まで
(平成29年は、5月11日から8月2日の内の3日間程度)

Q 受入は可能ですか
(○×を付けてください。)

・はい

第1号様式「実習受入協力事業所登録申請書」をご記入の上、FAXにて返信をお願いします。

【受講者と受入可能事業所の状況】

- ① 受講者数(見込み)(864人)
- ② 特定加算のある事業所
約474 (①÷②≒1.8人)
- ③ 地域包括支援センター
約49 (①÷(②+③)≒1.7人)

・いいえ

受入れできない理由をご記入いただき、FAXにて返信をお願いします。

【受入れできない理由】

アンケート回答先：愛知県福祉人材センター実務実習担当
FAX：(052) 212-5518

※なお、本回答は関係する行政庁に開示いたします。