（受付印）

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　　様

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　　請　　者 | 法人名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ３ | |  | |  | |  | |  |  | | | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・Ａ・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。

第２号様式（人材→受入事業所）

愛社協第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会

事務局長

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決定通知書

　　年　月　日付けで登録申請がありました次の事業所について、登録することに決定しましたので、下記のとおり通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １登録事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）介護保険  事業所番号 | ２ | ３ | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  |
| （３）所在地 |  | | | | | | | | | | | 市町村  № | | | |  | | | |
| ２登録年月日 |  | | |  |  | | 年 | |  |  | | | 月 | |  | |  | | 日 |
| ３登録事業所番号 | １ | | ６ | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| ４備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※本会へお問合せの際は、「３登録事業所番号」をお伝えください。

第３号様式（人材→受入事業所）

愛社協第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会

事務局長

愛知県介護支援専門員実務研修　実習受入依頼書

　介護支援専門員実務研修実習を下記のとおり受入れていただきたく依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　習　生 | フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 受講生№ |  | | | |
| 住　　所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 生年月日 | １．昭和 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | |
| ２．平成 |
| 実習期間 | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日の内、概ね3日間  ※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 | | | |
| 実習内容  について | | 実習マニュアルに添付の「ケアマネジメント各プロセスの実習内容について」による。 | | | |
| 備　　考 | | [基礎資格] | | | |
| 研修実施機関  （担当者名） | |  | | 連絡先 |  |

* 依頼後の実習期間の変更については、受入事業所と実習生とで調整する。

第３号－１様式（受入事業所→人材）

　　　　　実　習　受　入　機　関　承　諾　書 No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 事業所等名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 介護保険事業所番号 | ２ | ３ | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| ３ | 登録事業所番号 | １ | | ６ | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| ４ | 主たる事務所の  所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ | 連絡先 | 電話番号（　　　　　）　　　　－  ＦＡＸ番号（　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 連絡担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | その他特記事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員実務研修の実習受入機関として、実習生を受け入れ、実習指導することを承諾します。  　　　年　　　月　　　日  事業所等名称  事業所等の長　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講生№ | 氏名 | 実施期間 | 延べ日数 |
|  |  | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |

※「印」は法人印でなくても構いません。様式3号-2での「職印」と同一でも構いません。

※「実習受入機関承諾書」および「実習指導者」は実習の開始日までに郵送してください。

第３号－２様式（受入事業所→人材）

**実習指導者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | （姓） | | | | | | | （名） | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | １．昭和 | | |  | |  | | | 年 | |  | | |  | | 月 | |  | | |  | | | 日 |
| ２．平成 | | |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 主任介護支援専門員  （更新）研修修了日 |  | | |  | |  | | | 年 | |  | | |  | | 月 | |  | | |  | | | 日 |
| 保有する  法定資格等  （該当項目に  ○を付けて  ください） | 医師 | | 歯科医師 | | | | 薬剤師 | | | | | | 保健師 | | | | 助産師 | | | | | 看護師 | | |
| 准看護師 | | 理学療法士 | | | | 作業療法士 | | | | | | 社会福祉士 | | | | 介護福祉士 | | | | | 視能訓練士 | | |
| 義肢装具士 | | 歯科衛生士 | | | | 言語聴覚士 | | | | | | あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | はり師 | | |
| きゅう師 | | 柔道整復師 | | | | ※栄養士 | | | | | | 精神保健福祉士 | | | | | | ホームヘルパー2級 | | | | | |
| その他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒  フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅： | | | | | | | | | | | 日中の連絡先： | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 「実習指導者」1人に付き1枚作成すること。

※ 栄養士には管理栄養士を含む

上記の者が、当事業所で介護支援専門員実務研修の実習等において指導することを証明します。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

【以下事業所証明欄】

事業所名 　　　職印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ３ | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 登録事業所番号 | １ | | ６ | |  | | |  | |  | | |  | |  | |

第３号－３様式（受入事業所→人材）

**実習指導者（主任介護支援専門員以外）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | （姓） | | | （名） | | | | | | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | |  | | | | | | |
| 生年月日 | | １．昭和 |  |  | | 年 | |  |  | 月 |  | |  | 日 |
| ２．平成 |
| 該当項目に○を付けてください | ①地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対し相談・支援に従事している者 | | | | | | | | | | | | | |
| ②大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者 | | | | | | | | | | | | | |
| ③その他上記に準ずる者。 | | | | | | | | | | | | | |
| ア 介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員。 | | | | | | | | | | | | | |
| イ ケアマネジメントについて相当の知見を有する者。 | | | | | | | | | | | | | |
| ウ 介護支援専門員に関するチームマネジメントについて相当の知見を有する者。 | | | | | | | | | | | | | |
| エ 地域包括ケアシステムについて相当の知見を有する者又は都道府県職員。 | | | | | | | | | | | | | |
| オ 在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者。 | | | | | | | | | | | | | |
| カ 医師又は医療関係職種の基礎資格を有する介護支援専門員又は各事例に関し相当の知見を有する者。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| （老発0704 第2 号：平成26 年7 月4 日「介護支援専門員資質向上事業の実施について」別添1 より） | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | | 〒  フリガナ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | 自宅： | | | | | 日中の連絡先： | | | | | | | |
| 勤務先名称 | |  | | | | | | | | | | | | |

※実習指導者として「相当の知見を有する」資格を証明する書類の写しを添付すること。

上記の者が、当事業所で介護支援専門員実務研修の実習等において指導することを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

【以下事業所証明欄】

事業所名 　　　職印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ３ | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 登録事業所番号 | １ | | ６ | |  | | |  | |  | | |  | |  | |

※「事業所名」「職印」は法人・代表者印でなくても結構です。

「3-1」「3-2」が同じ印でも構いません。

第４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　　様

登録事業所番号

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　実習報告書

　介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講生№ | 氏名 | | 実施期間 | 延べ日数 |
|  |  | | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
|  |  | | 年　　月　　日～  　　年　　月　　日迄 | 日 |
| 実習指導者  氏　名 | |  | | |

※「実習指導者」ごとに作成すること。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 報告書類チェックリスト |
|  | 第4号－１様式「実習内容報告書（指導者用）」 |
|  | 第5号様式（実績証明書の発行が必要な場合） |
|  | 「実習内容報告書（実習生用）」の写し |
|  | 実習指導料を証する書類（領収書等）の写し |

第５号様式（受入事業所→人材→受入事業所）

**実績証明書**

個人に関する事項（本人が記入すること）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | （姓） | | | | | （名） | | | | | | | | | | |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | １．昭和 | |  | |  | | 年 | | |  | |  | | 月 |  | | |  | | 日 |
| ２．平成 | |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| 主任介護支援専門員研修修了日 |  | |  | |  | | 年 | | |  | |  | | 月 |  | | |  | | 日 |
| 自宅住所 | 〒  フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅： | | | | | | | | 日中の連絡先： | | | | | | | | | | | |
| 勤務先名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【以下証明欄】

上記の者が、介護支援専門員実務研修の実習等において指導した実績があることを証明します。

　年 　 月　 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会

事務局長

※この証明書は主任更新研修の個別要件の一つとして更新研修の申請時に使用できます。

なお、本会からの証明書の返送が未着である場合には、第4号（写）、第4号－１様式（写）、「実習内容報告書（実習生用）（写）」を申請先へ第5号様式とともに添付してください。

（受付印）

第６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　　様

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変更登録申請書

　　　年　　月　日付け（番号）で決定のあった標記登録について、下記のとおり変更したいので、必要書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （現在の登録内容を  　　　　ご記入ください。） | 法人名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  事業所番号 | ２ | ３ | | |  | |  |  | |  | | |  |  | | |  | |  |
| 登録事業所№ | １ | | ６ | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | |
| 主任介護支援専門員の数 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更  内容 | 変更期日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更項目  ※該当の項目にチェックを入れてください。 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 法人名 |  | 電話番号 | |  | 介護保険事業所番号 |  | FAX番号 | |  | 事業所名 |  | 主任介護支援専門員の数 | |  | 管理者 |  | その他 | |  | 住所 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（受付印）

第７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 　様

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取下（受入休止）届

　　　　年　　月　日付け（番号）で承認のあった標記登録について、下記のとおり取下げ（休止）したく届出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （登録時の内容をご記入ください。） | 法人名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  事業所番号 | ２ | ３ | | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 登録事業所№ | １ | | ６ | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　‐　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内　容 | 取下げ又は  休止の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（受付印）

【参考様式】第８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　　　様

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実習生受入再開届

休止しておりました実習生受け入れについて、下記のとおり再開したく届出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | ２ | ３ | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| 登録事業所№ | １ | | ６ | | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （〒　　‐　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　－ | | | | | | | | FAX番号 | | | | －　　　－ | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受入開始日 | 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・Ａ・無 | | | | | | |
| 一日あたりの受入可能人数 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （　　　　　　　） | | | | | |
| 再開理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　※特定事業所加算を取得・変更する場合は、見込みで記載してください。

　　※なお、本申請は関係する行政庁に開示いたします。