

令和3年度 三重県主任介護支援専門員更新研修受講申込書

令和 年 月 日

1 要件

◎ 該当する受講要件に○をつけてください。

※すでに、主任介護支援専門員研修を受講した経験があり、次の受講要件のいずれかに該当する
必要があります。

※詳しくは研修案内を参照してください。

※ 主任介護支援専門員更新研修の受講要件（該当番号に○をしてください）

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。
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。
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
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
5. その他、介護支援専門員の業務に関し、十分な知識と経験を有する者であり、次の要件を満たす者。
 - ・当該主任介護支援専門員更新研修の申込締切日から過去5年以内に実務研修の実習生の指導を受入事業所において行った実績のある者。

注1 1の「研修の企画」とは、研修主催者や講師等と研修内容について検討を行うことであり、研修案内の作成、受講者管理等の事務的な業務は含みません。

また、「ファシリテーター」とは、研修時に講師と共に受講者へ指導・助言等を行う等により、研修の進行を促進する者をいい、受付係や進行の司会者等は含みません。

注2 2の「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」とは、三重県が実施する法定研修（介護支援専門員実務研修、更新研修（専門Ⅰ、専門Ⅱ、実務未経験者更新研修、再研修、主任介護支援専門員（更新）研修）以外の研修に年4回以上参加したこととし、「法定外の研修」とは、介護支援専門員として必要とさせる専門的知識・技術を習得するための研修、講演会等をいいます。

よって、パソコン教室、英会話教室など介護支援専門員としての知識、技術と直接関連性のない内容の研修は、ここでいう「法定外の研修」に含みません。

「年4回以上」とは、4回以上の研修を1年以内に参加したことをいい（直近の1年でなくともよい）、少なくとも主任介護支援専門員更新研修受講申込時までに修了していなくとも参加中、もしくは参加することが決定していることが、必要です。（未定のもの不可。）

資格取得のための研修等で複数日に及ぶ研修の参加については、全体で1回の研修参加として取扱います。

また、研修時間については、最短で2時間以上のものであることとします。

注3 5の「実務研修の実習生の指導を受入事業所において行った実績のある者」とは、居宅介護支援事業所が実務研修実施機関（三重県社会福祉協議会）に提出した介護支援専門員実務研修報告書兼評価表において、実習指導者氏名欄に記載した主任介護支援専門員を該当者として扱います。

2. 申込者

フリガナ		性別	生年月日
氏名			昭・平 年 月 日
本人連絡先	〒 ー TEL 携帯 メールアドレス（必須）		
所属事業所名			
修了した主任介護支援専門員研修の年度	平成 年度の主任介護支援専門員研修を修了		
「介護支援専門員証」の有効期限	令和 年 月 日		
事業所連絡先	〒 ー TEL FAX		
介護支援専門員証 登録番号		実務研修受 講時の資格 要件	社会福祉士・介護福祉士・看護師 准看護師・薬剤師・医師・歯科医師 その他（ ）

※ グループ分けの際に参考にさせていただくことがありますので、欄を設けていますが、性別欄の記入は必須ではありません。

3 受講申込 希望コースの順に第1希望は「1」を、第2希望は「2」等を記入)

希望コースを優先して決定しますが、第1希望の申込人数が募集定員を超えた場合は第2希望のコースで決定します（よって、第1希望のみ記入の場合は受講できないことがあります）ので、あらかじめご了承ください。

また、申込者が定員を超えた場合は、①主任介護支援専門員資格の有効期限が令和4年中の方を優先し、②そうでない方については、受講要件の報告内容、介護支援専門員証の有効期間等を考慮のうえ、原則、申込順で決定します。その関係で、同一事業所1名の受講とさせていただく場合があります。

これらのことから、今年度は受講していただけない結果となることもありますので、よろしく願います。

※チェックや○印ではなく希望順に数字を記入（あらかじめ受講できないことが確実なコースには記入不要）

コース記号	希望順
Aコース	
Bコース	
通学コース	

※ 昨年度に主任介護支援専門員更新研修を受講していた方で、新型コロナウイルス感染症の影響で、途中で受講を中止した方は昨年度の受講コースを選んでください。

⇒ (Aコース ・ Bコース ・ Cコース)

※ この申込書の次のページ以降は該当する箇所のみ、記載、提出してください。

4 1の受講要件で1もしくは3を選択した場合は、ご記入ください。(最低1つはご記入ください。)

研修、研究大会の名称	
開催日時	年 月 日～ 年 月 日
主催者	
研修でのあなたの役割 (受講要件1の場合のみ)	
内容の概要(具体的に)	

研修、研究大会の名称	
開催日時	年 月 日～ 年 月 日
主催者	
研修でのあなたの役割 (受講要件1の場合のみ)	
内容の概要(具体的に)	

研修、研究大会の名称	
開催日時	年 月 日～ 年 月 日
主催者	
研修でのあなたの役割 (受講要件1の場合のみ)	
内容の概要(具体的に)	

5 1の受講要件で2を選択した場合は、ご記入ください。(4回分とも記載のこと。)

研修(1)

研修名	
研修参加日	年 月 日 (時～ 時)
研修主催者	
研修の概要(30字程度でご記入ください。)	

研修(2)

研修名	
研修参加日	年 月 日 (時～ 時)
研修主催者	
研修の概要(30字程度でご記入ください。)	

研修(3)

研修名	
研修参加日	年 月 日 (時～ 時)
研修主催者	
研修の概要(30字程度でご記入ください。)	

研修(4)

研修名	
研修参加日	年 月 日 (時～ 時)
研修主催者	
研修の概要(30字程度でご記入ください。)	

6 1の受講要件で4を選択した場合は、認定を証明するもの(認定証など)の写しをこの申込書に添付してください。

7 1の受講要件で5を選択した場合は、ご記入ください。(最低1つはご記入ください。)

実習生氏名	
実習期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)
実習場所	
実習内容	

実習生氏名	
実習期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)
実習場所	
実習内容	

実習生氏名	
実習期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)
実習場所	
実習内容	

申し込み〆切 **令和3年4月30日(金) 17時【必着】**
申込先：郵送で提出してください(持参可)
〒514-8570 津市広明町13番地
三重県医療保健部 長寿介護課 主任介護支援専門員更新研修担当
電話059-224-2262