令和７年度 介護支援専門員専門（更新）研修【研修課程Ⅱ】

表面

受　講　申　込　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．基本情報 | | | | | | | | | | | | 記入日　令和７年　　月　　日 | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | | |
| 受講者氏名 |  | | | | | | | | | | | 昭和  平成 | | 年　　　月　　日 |
| 介護支援専門員証  番号（８桁） |  |  | |  |  | |  |  |  |  | | 従事  状況 | 現在、介護支援専門員として  従事している　・　従事していない | |
| 介護支援専門員証交付年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 現在の証の有効期間内の実務経験年数（介護支援専門員として） | | | 年　　　か月  ※令和７年３月末現在で計算してください。 |
| 介護支援専門員証有効期間満了日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 介護支援専門員としての実務経験年数（通算） | | | 年　　　か月  ※令和７年３月末現在で計算してください。 |
| 介護支援専門員以外の国家資格  ※該当に○印を記入 | ①医師　②歯科医師　③薬剤師　④保健師　⑤助産師　⑥看護師　⑦准看護師　⑧理学療法士  ⑨作業療法士　　⑩視能訓練士　⑪義肢装具士　⑫歯科衛生士　⑬言語聴覚士  ⑭あん摩マッサージ指圧師　⑮はり師、きゅう師　⑯柔道整復師　⑰栄養士　⑱社会福祉士  ⑲介護福祉士　⑳精神保健福祉士　　その他（　相談援助業務　・　介護業務従事者　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 主任介護支援専門員  資格取得状況  ※該当に○印を記入 |  | | 取得している→（主任有効期間　　令和　　　年　　　月まで） | | | | | | | | | | | |
|  | | 取得していない→（Ｒ７受講予定・Ｒ８受講予定・受講の予定なし） | | | | | | | | | | | |
| 郵送物送付先 | ①事業所　　　②自宅 | | | | | | | | | | | | | |
| 所属事業所  ※所属していない場合は「なし」と記入 | 事業所名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 現在の職種 | | | | |  | | | | | | | | |
| 所在地等 | | | | | 〒　　　－  電　　話（　　　　）　　　－ | | | | | | | | |
| 自宅住所等  ※郵送物送付先が事業所の場合は省略可 | 〒　　　－  電　　話（　　　　）　　　－  携帯電話（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員証  写し貼り付け欄 | |  | | --- | | 介護支援専門員証（写し）  を貼り付けてください。  （バーコードが読み取れるように） | | | | | | | | | | | | | | |

※記入欄は裏面へ続きます

２．受講研修について

裏面

今回申込の研修の種類を選んで○印を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護支援専門員**専門**研修 | 原則として、介護支援専門員として実務に従事しており、就業後３年以上の者 |
|  | 介護支援専門員**更新**研修 | 実務経験者で介護支援専門員証の有効期間が概ね１年以内に満了する者 |

３．受講日程等について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　講　日　程 | １クール | | | ２クール | | ３クール | | | ４クール |
|  | | |  | |  | | |  |
| 受講が可能なクールに○印・受講できないクールに×印を記入してください。  空欄の場合は受講できるとみなします。 | | | | | | | | |
| 提出課題事例種別  ※該当にする種別に○印を記入 | 【居宅（　予防　・　居宅　・　小規模多機能型　　）】  【施設（　特養　・　ＧＨ　・　老健　・　療養　・　特定　・　有料　）】 | | | | | | | | |
| 提出可能事例の  領域  ※８項目すべての欄に記入すること。  提出可能な領域に○、提出できない領域に×を記入  ※【記入方法】を必ずご確認ください。 |  | 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携 | | | | |  | 心疾患のある方のケアマネジメント | |
|  | 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント | | | | |  | 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント | |
|  | 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント | | | | |  | 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント | |
|  | 脳血管疾患のある方のケアマネジメント | | | | |  | 看取り等における看護サービスの活用に関する事例 | |
| 【研修課程Ⅰ】  受講状況 |  | | 令和７年度受講予定 | | | | | | |
|  | | 受講済み→（　　　　　年度受講）  愛媛県以外で受講している場合は【研修課程Ⅰ】の修了証のコピーを添付してください。 | | | | | | |
| 本会を通しての  テキスト購入希望※テキストは必須です。 |  | | 購入を希望する  (郵送物送付先へ郵送) | | ※希望する場合は、業者に送付先の情報提供を行います。  ※受講決定後のキャンセルはできませんのでご了承ください。 | | | | |
|  | | 購入を希望しない | | ※受講にあたり、テキストは必要ですので、eラーニング  受講開始までにご準備ください。 | | | | |
| テキスト請求書  （インボイス対応）  ※未記入の場合は、必要  なしとみなします。 |  | | 必要⇒請求書宛名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  請求書の再発行はできかねますので、宛名は必ず事業所等に確認をしてからご記入ください。 | | | | | | |
|  | | 必要なし | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局 | 愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　長寿推進課（担当：渡邉・平田・久保）  〒７９０－８５５３　松山市持田町三丁目８番１５号　愛媛県総合社会福祉会館２階  ＴＥＬ　０８９－９２１－８３５９ 　　／　ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８  Ｅメール　 caremane＠ehime-shakyo.or.jp　／　ＵＲＬ　https://www.ehime-shakyo.or.jp |

受講決定時研修（県社協記入欄）

|  |
| --- |
| 専門研修　　　・　　　更新研修 |