

平成 29 年度北海道主任介護支援専門員研修 受講申込書

■必ず受講希望者ご本人が記入して下さい。

(記入日:平成29年 月 日)

申込者	ふりがな					性別	1 男	生年 月日	(※西暦)		
	氏名						2 女		19 年 月 日		
	介護支援専門員登録番号(8桁)						登録都道府県		都・道 府・県		
	自宅住所	〒 □ □ □ - □ □ □ □ □ □ 北海道									
	自宅TEL	- - /携帯電話 - -									
	就業状況	※該当する番号を○で囲ってください。 現在、介護支援専門員として〔1就業している 2就業していない〕									
現勤務先	事業所名(市町村名)	(※事業所に所属していない市町村職員は市町村名・部署名等を記入)									
	事業所番号	0	1								←該当しない場合は記入不要
	所在地	〒 □ □ □ - □ □ □ □ □ □ 北海道									
	TEL/FAX	TEL - - /FAX - -					※日中の勤務先				
受講要件に関する情報	【ア】 必須の研修について	いずれか該当する方に○。	専門研修課程Ⅰ(もしくは平成15~17年度の旧現任研修基礎Ⅰ又はⅡ)	修了年度	平成	年度	※修了証明書のコピーを添付してください(同じ研修を複数回修了している場合は1回分で可)。				
			専門研修課程Ⅱ	修了年度	平成	年度					
			更新研修(実務経験者コース)	修了年度	平成	年度					
【イ】 の受講要件について	該当する受講要件の番号①~⑥		※実務経験証明書を添付して下さい(全員必須)。 ※要件④⑤⑥の方は推薦書も必要です。								
	要件②の方(該当する方に○)	ケアマネジメントリーダー養成研修	修了年度	平成	年度						
		認定ケアマネジャー	会員番号	有効期限	年	月	日				
現在の所属先の種類	1 居宅介護支援事業所 2 介護予防支援事業者 3 地域包括支援センター ○地域密着型サービス事業者〔4 小規模多機能型居宅介護 5 看護小規模多機能型居宅介護 6 認知症対応型共同生活介護 7 地域密着型特定施設入居者生活介護 8 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護〕 ○地域密着型介護予防サービス事業者〔9 介護予防小規模多機能型居宅介護 10 介護予防認知症対応型共同生活介護〕 11 特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 12 介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者 ○介護保険施設〔13 介護老人福祉施設 14 介護老人保健施設 15 介護療養型医療施設〕 16 市町村 17 その他										
基礎資格	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 あん摩マッサージ指圧師 11 はり師 12 きゅう師 13 栄養士(管理栄養士) 14 義肢装具士 15 言語聴覚士 16 歯科衛生士 17 視能訓練士 18 柔道整復師 19 社会福祉士 20 介護福祉士 21 精神保健福祉士・相談援助従事者 22 その他介護職 23 その他()										
身体障がい等への配慮について	身体障害等に関し受講上の配慮を希望する場合、内容を具体的にご記入下さい										

【個人情報について】本研修の「申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、北海道主任介護支援専門員研修及び名簿管理・修了証明書発行業務以外の目的には使用いたしません。

事務局 使用欄	特記事項	修了	受講決定	受付日	受付番号

<http://www.hit-north.or.jp/care/>

次頁のアンケートもご記入ください。

平成 29 年度 北海道主任介護支援専門員研修 事前アンケート

1 今年度、あなたは介護支援専門員として事例検討会・事例研究会に出席していますか（更新研修を除く）。

ア はい
イ いいえ

参加回数 ①1～3回 ②4～9回 ③10回以上 ④20回以上
参加しての感想は：

2 今年度、あなたはご自身が主催して事例検討会・事例研究会を開催していますか。

ア はい
イ いいえ

主催した回数 ①1～3回 ②4～9回 ③10回以上 ④20回以上

3 あなたは、事例検討会・事例研究会に指導的な立場で出席したことがありますか。

ア ある
イ ない

指導上困ったことはありましたか： ①ある ②ない
(①ある と答えた方)困りごとはどのようなことでしたか：

4 あなたは、介護支援専門員として担当の利用者のケアマネジメントについて定期的にスーパービジョンを受けていますか。

ア はい
イ いいえ

良かったこと：
納得できなかったこと：

5 あなたは、介護支援専門員として担当の利用者のケアマネジメントについて、定期的にスーパービジョンを受けたいと思ったことがありますか。

ア ある
イ ない

どのようなこと：

6 あなたは、他の介護支援専門員に対し、スーパービジョンを行っていますか。

ア はい
イ いいえ

だれに・どのような方法で

7 あなたは、所属の異なる他の介護支援専門員から求められて、ケアマネジメントに係る指導・助言をしたことがありますか。（雑談等で相談されたのではなく、一定の時間を確保した助言指導に限る）

ア ある
イ ない

どのような指導を求められましたか（印象に残った指導内容）

* ご協力有り難うございました *