

主任介護支援専門員更新研修 受講対象者推薦書

受講を希望されるコースの右欄に、第1希望から第3希望までをご記入ください。

Aコース	Bコース	Cコース
所属機関名（必ず記載のこと）		電話
		F A X
所属機関住所 〒		
受 講 者	ふりがな	介護支援専門員登録番号（8ケタ）
	氏 名	
	介護支援専門員証有効期間満了日	平成 年 月 日
	主任介護支援専門員研修修了日	平成 年 月 日
受 講 資 格	※申込み時点の状況で該当するものに ○ をつけてください。（証明する「提出書類」添付）	
	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等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等が認定する認定ケアマネジャー	
⑤介護支援専門員実務研修に係る実習指導者の実績がある者		
指導事例 について ※現時点での指導事例についての確認です。 下記の7種類のなかで指導ができた類型には ○、適切な指導ができた類型には ◎、指導は適切であったか疑問や不安を感じている類型には △ を記入してください。		
	入退院時等における医療との連携に関する事例	
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	
	家族への支援の視点が必要な事例	
	社会資源の活用に向けた関係機関〔介護保険担当部署、高齢者社担当部署、地域包括支援センター、生活保護担当部署、障がい者福祉担当部署、保健所、社会福祉協議会（日常生活自立支援事業、生活福祉資金、地域福祉推進、地域ボランティア等）等〕との連携に関する事例	
	認知症に関する事例	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	
	状態に応じた多様なサービス〔地域密着型サービス〔（看護）小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設〕、施設サービス〔介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム）〕等〕の活用に関する事例	
平成29年度 主任介護支援専門員更新研修の受講対象者を上記のとおり推薦します。 また、上記の推薦者は当介護保険事業所において現に従事する主任介護支援専門員であることを証明します。		
平成29年 月 日		
滋賀県介護支援専門員連絡協議会 会長 鈴木 則成 様		
（住 所）〒		
（事業所名）		
（管理者名）		
印		

※所属先の管理者もしくは上司の方が記入してください。