

主任介護支援専門員更新研修 受講要件確認書【記載例 要件2の場合】

○本確認書は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件を確認する書類です。必ずご作成のうえ、提出してください。なお、記載例については福岡県庁のHP上に掲載しておりますので、ご参照ください。

【主任介護支援専門員にかかる各種研修の実施】

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/syuninnkaigoshiennsenmonninn.html>

【1】 該当する受講要件を選択してください。 ※受講要件の詳細は、別紙1をご参照ください。

<input type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネージャー

▶ ○を付けてください。

【2】 【1】で選択した要件に該当する項目を記入してください。

○要件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

研 修 名	
日 時	平成・令和 年 月 日
研修内容（テーマ）	
研修実施機関	
担 当 内 容	講師 ・ ファシリテーター ・ 研修の企画

※上記内容の確認ができる書類を添付してください。

- ・研修の企画をした場合は、企画に携わったことが証明できる書類
- ・講師、ファシリテーターの経験がある場合は、講師依頼文等講師、ファシリテーターをしたことが分かる書類

※添付書類がない場合は、研修実施機関から証明を受けてください。

（別紙「講師・ファシリテーター等実績申告書」により証明を受けてください。）

※令和6年6月30日（日）までに開催される研修に参加予定の方については、参加予定の研修内容を上欄に記載してください。また、申込書の「受講要件を満たす見込みでお申込みされる方」の口欄にチェックを入れて、お申込みください。（添付書類の準備ができましたら速やかにご提出ください。）

○要件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

→ 裏面を記入してください。

○要件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

研 究 大 会 名 等	
日 時	平成・令和 年 月 日

※演題発表等を行ったことが分かる書類を添付してください。（研究大会等の次第、発表依頼文等）

※令和6年6月30日（日）までの研究大会等に参加予定の方については、申込書の「受講要件を満たす見込みでお申込みされる方」の口欄にチェックを入れて、お申込みください。（添付書類の準備ができましたら速やかにご提出ください。）

○要件4 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネージャー

修了・認定年月日	平成・令和 年 月 日
認定番号・会員番号	

※認定ケアマネージャー研修修了証明書の写しを添付してください。

○要件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

次の表に受講した研修の内容を記入してください。

※受講の見込みで申込みをされる方は、下表に参加予定の研修内容を記載してください。

ただし、次のような受講の仕方は認められませんので、ご注意ください。

(例) 令和5年度中(令和5年4月1日～令和6年3月31日)までに3回、合計15時間の研修を受講済
 令和6年度中(令和6年4月1日～令和6年6月30日)の間に1回、2時間の研修を受講予定
 →2年度にまたがって研修を受講することはできませんので、受講要件を満たしていません。

受講の見込みで申込みされる場合は、令和6年4月1日～令和6年6月30日の間に4回以上かつ16時間以上の研修を受講してください。

研修受講年度：平成・令和 3 年度（4月1日～翌年3月31日までの期間）

番号	受講内容		日時	研修時間
1	研修名	介護支援専門員研修	令和・平成 3年4月5日	<u>2</u> 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本		
	研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課		
2	研修名	介護支援専門員研修	令和・平成 3年7月15日	<u>4</u> 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容	主任介護支援専門員の役割について		
	研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課		
3	研修名	介護支援専門員研修	令和・平成 3年10月9日	<u>4</u> 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容	ケアマネジメントについて		
	研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課		
4	研修名	介護支援専門員研修	令和・平成 4年1月8日	<u>4</u> 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容	ケアプラン点検		
	研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課		

※4回で16時間以上となった場合は、以下5～8の記載は不要です。(最下段の合計欄は記入して下さい)

※4回以上かつ16時間以上となる回数分まで記載してください。

5	研修名	介護支援専門員研修	令和・平成 4年3月16日	<u>2</u> 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容	ケアプラン研修会		
	研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課		
6	研修名		令和・平成 年 月 日	__ 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容			
	研修実施機関			
7	研修名		令和・平成 年 月 日	__ 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容			
	研修実施機関			
8	研修名		令和・平成 年 月 日	__ 時間 ※1回2時間以上 ※休憩時間除く
	研修内容			
	研修実施機関			
合計	研修回数 計	<u>5</u> 回 ※4回以上必要	研修時間 計	<u>16</u> 時間 ※16時間以上必要

※上記内容の確認ができる書類を添付してください。

(研修のプログラム等研修の内容が分かる書類及び研修修了証明書)

※添付書類がない場合は、研修実施機関から証明を受けてください。

(別紙「研修修了状況申告書」により証明を受けてください。)