受講要件確認用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏 　名 |  | 介護支援専門員登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

該当する箇所に☑をし、証明資料を次頁に添付してください（左上ホチキス留め）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受　講　要　件（該当箇所に☑） |  | 証　明　資　料（添付書類に☑） | 事務局確認欄 |
| **□** | 【共通要件】受講要件（１）① | **□****□** | 主任介護支援専門員研修修了証明書（写）主任介護支援専門員更新研修修了証明書（写） | **□** |
|  | 【個別要件】受講要件（２） |  |  |  |
| **□** | 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 | **□****□****□****□****□** | 講師・ファシリテーターの依頼文（写）講師等名簿・カリキュラム議事録、報告書、企画書等実務研修実習受け入れ証明その他（　　　　　　　　　　　　　） | **□** |
| **□** | 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 | **□****□****□****□****□** | 修了証明書（写）研修参加証明書（様式1）受講証明書研修資料その他（　　　　　　　　　　　　　） | **□** |
| **□** | 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 | **□****□****□****□** | 参加証カリキュラム抄録その他（　　　　　　　　　　　　　） | **□** |
| **□** | 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 | **□** | 認定ケアマネジャー認定証（写） | **□** |
| **□** | ⑤地域包括支援センターで、地域ケア会議の運営またはケアマネジメントに関する指導の経験がある者 | **□** | 地域包括支援センター発行の実務従事証明書（様式2） | **□** |
| **□** | ⑥主任介護支援専門員の業務に十分な知識と経験を有する者であり、山梨県が適当と認めるもの | **□** | （　　　　　　　　　　　　　　　　）※事前に山梨県健康長寿推進課にお問い合わせください (TEL:055-223-1455) | **□** |

|  |  |
| --- | --- |
| 備　考 |  |

郵送先 　一般社団法人　山梨県介護支援専門員協会

〒400-0047　甲府市徳行5-13-5

TEL：055-222-1661　FAX：055-222-1671

提出期限　令和６年４月２５日（木）必着