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