

(参考)

山形県主任介護支援専門員研修における主な申込書類について

- ・以下では、**参考まで**主な申込書類を掲載しています。
 - ・**研修の開催年度や開催方法によっては、申込書類が異なります。**
 - ・**申込される方は、申込年度の山形県主任介護支援専門員研修実施要綱を必ずご確認ください。**
 - ・申込書類の様式は、研修申込期間内に研修実施機関ホームページからダウンロードのうえ指定のサイズ及び印刷方法により印刷してください。
- ※ 研修申込期間が終了し次第、当該年度における申込書類の様式はダウンロードできなくなります。**
- ※ 参考まで申込様式のサンプルを掲載していますが、本サンプルを用いた研修申込は無効です。

【主な申込書類】 ※ その他必要書類が求められる場合があります。その場合は、研修実施機関の指示に従ってください。

- (1) 様式 1 : 受講申込書 **《サンプル掲載》**
- (2) 様式 1-① : 【都道府県が適当と認める者に該当する場合のみ】指導実績証明書（市町村長が発行するものに限る。） **《サンプル掲載》**
- (3) 様式 2 : 実務経験証明書 **《サンプル掲載》**
- (4) ア) 様式 3-1 : 提出事例の基本情報 **《サンプル掲載》**
 - イ) 様式 3-2 : 提出事例の課題分析（概要） **《サンプル掲載》**
 - ウ) 該当するいずれかのケアマネジメント（提出事例）自己点検表
 - ・ 居宅介護支援事業所及び施設サービスの場合
様式 3-3-① : ケアマネジメント（提出事例）自己点検表（居宅介護支援・施設サービス） **《サンプル掲載》**
 - ・ 介護予防サービスの場合
様式 3-3-② : ケアマネジメント（提出事例）自己点検表（介護予防・総合事業の現行担当サービス） **《サンプル掲載》**
 - エ) 該当するサービス計画書等
 - ・ 居宅介護サービスの場合
 - a) (第 1 表) 居宅サービス計画書 (1)
 - b) (第 2 表) 居宅サービス計画書 (2)
 - c) (第 3 表) 週間サービス計画表
 - d) (第 4 表) サービス担当者会議の要点
 - e) (第 5 表) 居宅介護支援経過（モニタリングの記録を含み、計画書作成前後 2 か月を含む計 5 か月分）
 - ・ 施設サービスの場合
 - a) (第 1 表) 施設サービス計画書 (1)
 - b) (第 2 表) 施設サービス計画書 (2)
 - c) (第 3 表) 週間サービス計画書又は (第 4 表) 日課計画表
 - d) (第 5 表) サービス担当者会議の要点
 - e) (第 6 表) 施設介護支援経過（モニタリングの記録を含み、計画書作成前後 2 か月を含む計 5 か月分）
 - ・ 介護予防サービスの場合
 - a) 利用者基本情報
 - b) 基本チェックリスト
 - c) 介護予防サービス・支援計画書 (1)
 - d) 介護予防サービス・支援計画書 (2)
 - e) 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（モニタリングの記録を含み、計画書作成前後 3 か月を含む計 6 か月分）
 - f) 介護予防支援・サービス評価表

- (5) 様式 4 : 事前目標シート **《サンプル掲載》**
- (6) 直近の介護支援専門員専門研修課程 I 及び介護支援専門員専門研修課程 II の修了証書の写し
- (7) 様式 5 : 介護支援専門員証の写し (有効期間内のものに限る。) **《サンプル掲載》**
- (8) 受講申込提出書類チェックシート **《サンプル掲載》**

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式1

(受講申込書)

○年度 山形県主任介護支援専門員研修 受講申込書

申込年月日	年 月 日		生年月日		
(フリガナ)			年		
氏名			男・女	月 日	
介護支援専門員証番号 (8桁の登録番号)			基礎資格	※注1	
介護支援専門員証有効期限			年 月 日		
勤務先	事業所名				
	所在地	〒			
	事業種別番号		電話番号(市外局番から)		
受講要件	必須	専門研修課程Ⅰ (修了年度_____年度)	⇒修了証書(写)を添付		
		専門研修課程Ⅱ又は更新研修 (修了年度_____年度)			
	該当する場合 ☑を付ける	<input type="checkbox"/> ケアマネジメントリーダー養成研修 (受講年度_____年度)	⇒修了証書(写)を添付		
		<input type="checkbox"/> 認定ケアマネジャー研修 (認定ケアマネジャー番号_____)	⇒認定書(写)を添付		
<input type="checkbox"/> 施行規則第140条の66第1号イ主任介護支援専門員に準ずる者		⇒証明書(写)を添付			
<input type="checkbox"/> 都道府県が十分な知識と経験を有すると認めたもの		⇒様式1-①を添付			

【介護支援専門員に関する職歴】 ※職歴について、常勤専従の期間を記載のこと。

従事期間(和暦で記載)	勤務先	事業種別番号	いずれかに○
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで	ヵ月 日		管理者兼務
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで	ヵ月 日		管理者兼務
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで	ヵ月 日		管理者兼務
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで	ヵ月 日		管理者兼務

【現所属の事業所概要】

同事業所で他の申込者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (優先順位_____人中_____位)
---------------	---

注1【基礎資格】

・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・言語聴覚士・あん摩マッサージ師・はり師・きゅう師・柔道整復師・栄養士・管理栄養士・精神保健福祉士

・**職歴は、申込時点までに必要年月数を満たしている必要があります。**

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式 1-① (都道府県が適当と認める者)

主任介護支援専門員研修受講に係る指導実績証明書

(研修実施機関の長) 殿

市町村長名

印

下記の者は、介護支援専門員の業務に関する十分な知識と経験を有する者であり、
下記の実績において主任介護支援専門員研修の受講要件を満たすことを証します。

記

- 1 氏 名
- 2 介護支援専門員証登録番号
- 3 所 属
- 4 介護支援専門員登録年月日 年 月 日
- 5 介護支援専門員としての従事期間
年 月 日～ 年 月 日
(年 カ月)
- 6 受講要件④を満たす指導実績 (直近1年以内のもの)

年月	業務内容	指導対象者	指導内容 (担当した役割)

※証明者は市町村長とし、市町村長印の押印を受けること。

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式 2

○年度山形県主任介護支援専門員研修
介護支援専門員実務経験証明書

年 月 日

(研修実施機関の長) あて

所在地
法人名
代表者名

作成担当者氏名

(電話番号 - -)
(連絡先電話番号)

常勤専従の介護支援専門員として従事した状況は下記の通りであることを証明します。

記

フリガナ	介護支援専門員番号		
氏名			
所属名			
職種			
専任従事合計期間: (病気休業・育児休暇等で休んでいた期間を除く) 年 月			
専任従事期間 (和暦で記載)	年 月 日から	通算	専任
	年 月 日まで	年 月	管理者兼務
	年 月 日から	通算	専任
	年 月 日まで	年 月	管理者兼務
	年 月 日から	通算	専任
	年 月 日まで	年 月	管理者兼務
上記のうち、病気休業・育児休暇等で休んでいた期間 年 月 日～ 年 月 日 (通算 年 月)			
備考			

※代表者印について、直営地域包括支援センターの場合は市町村長の押印を、委託地域包括支援センターの場合は委託先の法人代表者の押印を受けること。ただし、委託先法人の所在地が山形県外である場合、受託法人代表者の押印でもって替えることができる。

※「所属名」には、施設、事業所又は地域包括支援センターの名称を記入すること。

※「専任」とは、常勤専従を指し、管理者との兼務は認める(管理者兼務の場合、備考にその旨記載すること)。地域包括支援センターのサブセンターやブランチの在宅介護支援センターでの兼務の場合は、専任期間として認めるが、その旨備考に明記すること。

※施設又は事業所に所属した期間については、専任・管理者兼務のいずれかに○を必ずつけること。

※非常勤の期間は従事期間に含めないこと。

※専任期間が1か所まで5年(60ヶ月)に満たない場合は、必要な枚数をコピーしそれぞれの法人から証明を受けること。また、同法人内の異なる事業所での勤務経験がある場合については、それぞれの事業所から証明を受けること。

※「主任介護支援専門員に準ずる者」として現に地域包括支援センターに配置されている者については、その旨備考に明記すること。

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式3-1

(基本情報)

主任介護支援専門員研修提出事例の基本情報

受付	年 月 日	居所	1自宅 2施設 3 ()
性別	男 女	年 齢	歳 (受付時)
主訴	(本 人) (家 族)		
生活歴・生活状況			
【生活歴】		【ジェノグラム】 ※関係性の強さについても記載すること	
【経過・病歴等】		【医療情報（主治医との連携内容）】 ※訪問看護についても記載すること	
障がい日常生活自立度：		認知症高齢者の日常生活自立度：	
認定情報：		認定日：	
他法情報（身体障害者・医療情報）：			
現在利用しているサービス：			

※利用者、家族、その他関係機関名等は記号化し、個人や機関が特定できないように記載すること。

※自立支援に資するケアマネジメントの実践ができている事例を記載すること。

※自己点検表（様式3-3）のチェック項目を満たしているか、必ず確認すること。

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式3-2

(課題分析)

主任介護支援専門員研修事前提出事例の課題分析（概要）

項目	記載する内容	項目	記載する内容
健康状態		ADL	
認知機能		IADL	
コミュニケーション能力		口腔衛生	
社会との関わり		食事摂取	
排尿・排便		心理・行動障害	
じょく瘡・皮膚の問題		介護力	
特別な状況		居住環境	
年金・家族等の経済状況			
住宅内部見取り図（生活動線も記載すること）		立地環境に特記事項があれば記載すること	

※利用者、家族、その他関係機関名等は記号化し、個人や機関が特定できないようにすること。

※自立支援に資するケアマネジメントの実践ができている事例を記載すること。

※自己点検表（様式3-3）のチェック項目を満たしているか、必ず確認すること。

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式3-3-① 山形県主任介護支援専門員研修ケアマネジメント（提出事例）自己点検表 （居宅介護支援・施設サービス）

自立支援に資するケアマネジメントができていないか確認するため、下記項目について提出事例に記載があるか、自己点検し提出して下さい。

*実施状況についてご自身の提出事例を確認しながら実施状況を記入してください。

*提出事例に記載があれば○、記載がなければ×を入力してください。

*居宅介護支援と施設サービスでは異なる点があるため、該当しない場合は、該当なしを選択してください。

1. アセスメント

※（審査チェック欄は記入しないでください）

チェック項目		実施状況	審査チェック
基本事項	① 【必須】 支援を受けることにより、どのような生活を送りたいかを把握しているか。（主訴、希望、相談内容）		
利用者らしさ	② 【必須】 利用者のこれまでの生活の過ごし方を把握しているか。		
家族、親族	③ 【必須】 家族構成、同居、家族関係性、介護能力を把握しているか。（ジェノグラム関係性の強さ）		
他法情報	④ 身体障害、精神障害、成年後見、生活保護など他法情報を把握しているか。		
生活自立度	⑤ 障がい、認知症高齢者日常生活自立度を把握しているか。		
課題分析	⑥ 【必須】 課題分析標準項目23項目について把握し、分析しているか。		
状態のみでなく、生活機能の低下の原因について分析しているか	健康状態（既往歴、現症、所見、服薬情報）		
	ADL（起居動作、移乗、歩行、入浴、更衣、排泄）		
	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理）		
	認知機能（意思決定能力など）		
	コミュニケーション能力		
	社会との関わり		
	排尿・排便（失禁、コントロール、後始末など）		
	しじょう瘡・皮膚の問題		
	口腔衛生		
	食事摂取		
	心理・行動障害（BPSDに関する情報）		
	介護力		
	住環境（見取図、生活動線、立地環境）		
特別な状況			
本人の年金や家族等の経済状況（ ）			
利用者の生活リズム	⑦ 【必須】 利用者の日常生活でのリズムを把握しているか。		
医療情報	⑧ 【必須】 主治医との連携により情報を把握しているか、主治医へ意見を求めているか。		
予後・予測	⑨ 【必須】 改善、悪化の視点について今後の予後・予測をされているか。		

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

2. 居宅・施設サービス計画書(1)

チェック項目		実施状況	審査チェック
基本事項	① 記載要領に基づき基本的事項の記載適正に記載されているか。		
本人、家族の生活に対する意向	② 課題分析から得られた本人、家族の主訴、思いを区別して記載しているか(サービス種別の記載のみでは出来ないものとする)。		
審査会意見	③ 【審査会の意見がある場合のみ】 審査会の意見が記載されているか。		
自立支援に向けた総合的な援助方針	④ 【必須】 自立に向けた多職種で取り組む個別性のある総合的な援助方針になっているか。緊急時の対応、医療連携についての記載があるか。		

3. 居宅・施設サービス計画書(2)

チェック項目		実施状況	審査チェック
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	① 【必須】 利用者、家族が自立に向けて意欲的に取り組むことができ、利用者が理解できる内容になっているか。		
目標の設定	② 【必須】 ニーズにあった、達成可能で具体的な目標になっているか。		
	③ 目標に合わせた期間を設定しているか。		
サービス内容、種別、頻度	④ 短期目標を達成するために必要な援助内容になっているか。		
	⑤ 【必須】 インフォーマルサービスや他法制度を位置付けているか。		
その他	⑥ 【必須】 福祉用具貸与、特定福祉用具販売を位置付けている場合には、必要な理由を検証し記載しているか(居宅サービス計画に記載されていれば良い)。		

4. 週間サービス計画表(第3表)、日課表

チェック項目		実施状況	審査チェック
利用者の過ごし方を把握し計画されているか	① 【必須】 主な日常生活の活動や週単位以外の活動を記載しているか。		
	② 課題解決に適したサービス時間帯になっているか。		
	③ 1日のスケジュールの中に介護サービス以外も位置づけているか。		

5. サービス担当者会議(第4表)、サービス担当者に対する照会

チェック項目		実施状況	審査チェック
検討課題	① 主治医との連絡調整をしているか。サービス事業所との連絡調整と開催時期が記載されているか。		
内容と結論	② 【必須】 検討内容と結論を具体的に記載し、専門職から専門見地の意見を聞き確認しているか。		
残された課題	③ 残された課題、次回開催予定を記載しているか。		

6. 介護支援経過

チェック項目		実施状況	審査チェック
適切な記載	① 記載事項を分類し、項目別にわかるように記載しているか。		
	② 連絡調整内容、事実、対応など明確に記載されているか。		
	③ 入退院時の医療機関との連携がある場合にその内容の記載があるか。		
	④ 更新時期など必要な援助の記録があるか。		
モニタリング	⑤ 【必須】 居宅介護支援の場合：少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者と面談した記録があるか。 施設サービス計画の場合：定期的に利用者との面談した記録があるか。		
	⑥ 【必須】 少なくとも1月に1回モニタリングについて適正に把握、評価して、記録しているか。		

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式3-3-②

山形県主任介護支援専門員研修ケアマネジメント（提出事例）自己点検表（介護予防・総合事業の現行相当サービス）

自立支援に資するケアマネジメントが実践できているか確認するため、下記項目について提出事例に記載があるか、自己点検し提出してください

*実施状況についてご自身の提出事例を確認しながら実施状況を記入してください

*提出事例に記載されていれば○、記載がなければ×を入力してください

*サービス種によっては異なる点があるため、該当しない場合は、該当なしを選択してください

1. アセスメント

番号	評価項目	実施状況	審査チェック
①	利用者の居宅を訪問し、その家族に面接を行っているか。		
②	事前に要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等により、利用者の状態を把握しているか。		
③	【必須】利用者の状態のみに着目するのではなく、生活機能の低下の直接的及び間接的な原因にも着目し、各領域を越えた根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにしているか。		
④	【必須】利用者が「できること」を利用者ととともに発見し向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めることを目指しているか。		
⑤	利用者や家族とのコミュニケーションの過程を通じて、「目標とする生活」のイメージ共有しているか。		
⑥	利用者が予防給付によるサービス等を利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチしているか。		
⑦	利用者の全体像を把握しているか。		
⑧	【必須】課題整理総括表等を活用し、予後予測をするとともにプロセスの見える化と情報共有を図っているか。		

2. 介護予防サービス計画原案の作成

番号	評価項目	実施状況	審査チェック
①	【必須】各領域のアセスメントに基づき、総合的課題を明確にし、適切な目標を設定しているか。課題に対し目標と具体策を提案しているか。 ○適切な目標とは？ ・「できること」を利用者や家族と一緒に探し、生活機能の向上を図っている。 ・いつまでにどのような生活行為ができるようになるのか具体的に明確化している。 ・予後予測をして、どのようにすれば改善の可能性や維持の可能性を導き出している。 ・一定の期間に達成可能である ・利用者の価値観や好みを考慮している。		
②	【必須】利用者のセルフケア、家族の支援、インフォーマルサービスについて検討し、計画に盛り込んでいるか。		
③	介護予防の観点から利用者が自主的に取り組むことや家族が支援することを把握しているか。		
④	利用者によるサービスの選択に資するよう、地域の介護予防サービス事業者のサービス内容や利用料等の情報について、特定の事業者に偏ることなく、適正に提供しているか。		
⑤	【必須】地域におけるサービス提供体制等を勘案し、実施可能な計画となっているか。		
⑥	【必須】介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを計画に位置付ける場合は、利用者の同意を得て、主治医の意見を求めているか。		

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。

様式は変更となる場合があります。

⑦	介護予防福祉用具貸与を計画に位置付ける場合、介護予防サービス計画書に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、適宜サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証しているか、また「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特別寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く)」及び「自動排泄処理装置(尿のみの吸引機能のものを除く)」を位置付ける場合、医師の所見を聴取し、サービス担当者会議において要否を確認しているか。		
⑧	【総合事業を除く】介護予防特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しているか。		
⑨	介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては「運動器機能向上」「栄養改善」「口腔機能向上」を計画に位置付ける場合は、基本チェックリストの結果等により、当該サービスの必要性を検証しているか。		

3. サービス担当者会議

番号	評価項目	実施状況	審査チェック
①	【必須】 次の場合、必ずサービス担当者会議を開催しているか。 ○ サービス担当者会議の開催が必要な場合 ・介護予防サービス計画を新規に作成した場合 ・更新認定を受けた場合 ・要支援状態の区分の変更の認定を受けた場合 ・介護予防サービス計画を変更する場合		
②	サービス担当者会議に参加できない者については、照会等により専門的見地からの意見を求めているか。 (該当する場合は、利用者の状況について情報交換がされている書面の添付)		
③	【必須】 利用者の課題、目標、支援の方針等の情報を共有し、各サービスが共通の目的を達成するために何ができるかについて、相互に理解しているか。		

4. 利用者の状況の把握(モニタリング)

番号	評価項目	実施状況	審査チェック
①	【必須】 少なくとも1月に1回、サービス事業者から、サービスの実施状況、利用者の状況、サービス実施の効果等について報告を受けているか。		
②	【必須】 サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回は利用者宅において利用者とは面接し、サービスの利用状況、インフォーマルサービスの状況、利用者の状況、サービスに対する満足度等を把握し、介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認しているか。		
③	サービスの評価期間が終了する月には利用者宅において利用者とは面接し、サービスの実施状況、インフォーマルサービスの状況、利用者の状況、サービスに対する満足度等を把握し介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認しているか。		
④	利用者の状況に変化があるときは、利用者宅において利用者とは面接し、確認しているか。		
⑤	【必須】 利用者宅を訪問しない月についても、少なくとも1月に1回、サービス事業所における利用者との面接、利用者への電話等の方法により、サービスの実施状況、インフォーマルサービスの状況、利用者の状況、サービスに対する満足度等を把握し、介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認しているか。		
⑥	【必須】 3月に1回以上居宅において利用者とは面談しているか、少なくとも1月に1回面接、事業所訪問、電話などでモニタリングを行い、モニタリングの結果を記録しているか。		

評価項目の根拠例文については下記を参照してください。

《平18厚令37第30条第7号》《老振発第0331003号》《地域包括支援センター業務マニュアル》《平18厚令37第30条第20号》《平18厚令37第30条第23号》《平18厚告127号》《平18厚令37第39条第12号》《平18厚令37第30条第12号》《平18厚令37第30条第15号》《平18厚令37第30条第13号》《平18厚令37第28条第2項》

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式 4

事前目標シート（主任）

この事前目標シートは、研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を共有するためのものです。

研修に期待すること、目標、成果等を記入してください。

受 講 者	
所 属 先	
氏 名	
介護支援専門員登録番号	

1、受講目標（研修後にどのような行動ができるようになりたいか等）を記載してください。

--

管 理 者 等	
所 属 先	
役 職	
氏 名	

2、受講者に研修で学んでほしいこと・期待することを記載してください。

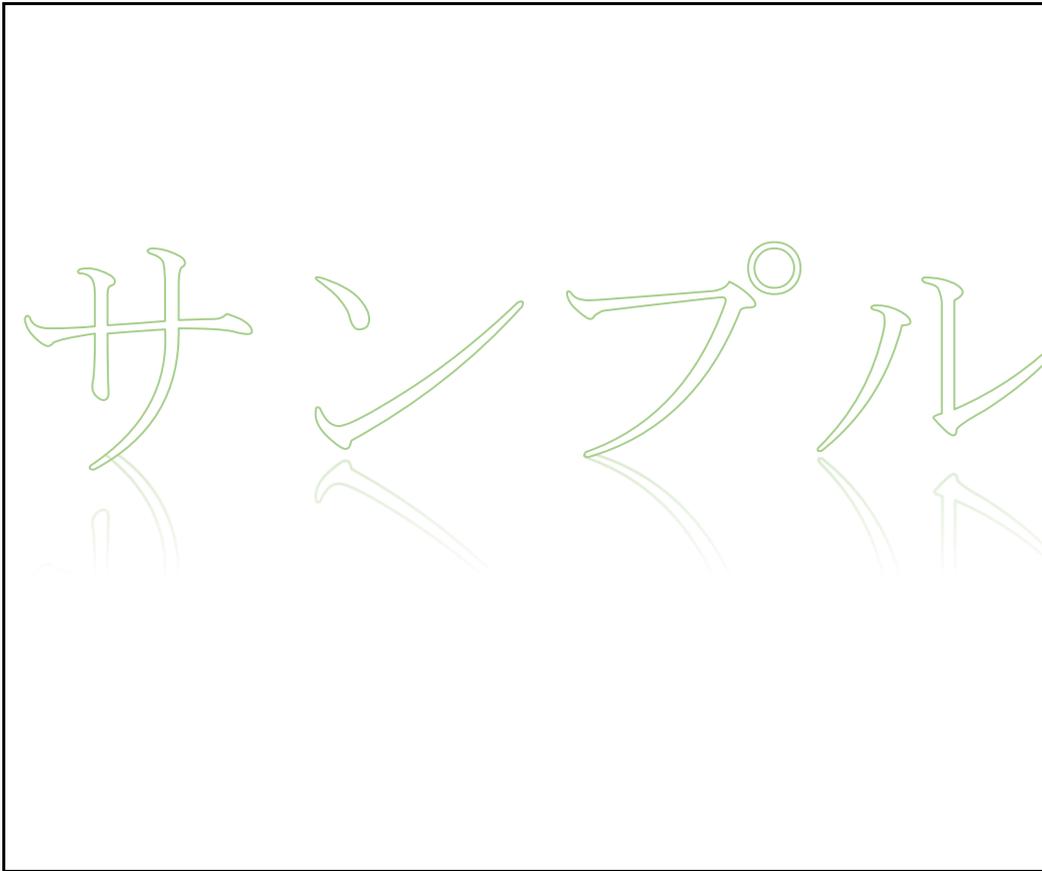
--

これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

様式5

(令和4年度)

介護支援専門員証の写し
貼付用台紙



これはサンプルです。本サンプルを使用して受講申込を行った場合、申込は無効です。
様式は変更となる場合があります。

○年度山形県主任介護支援専門員研修 受講申込み提出書類チェックシート

介護支援専門員証番号

氏名

私は主任介護支援専門員研修受講申込みにあたりメールアドレスの登録を完了しました。 ←

並び順	添付様式	内 容	<input checked="" type="checkbox"/>
1		受講申込み提出書類チェックシート（この用紙）	<input type="checkbox"/>
2	様式 1	受講申込書	<input type="checkbox"/>
3	様式 1-①	【該当者のみ】指導実績証明書	<input type="checkbox"/>
4	様式 2	実務経験証明書	<input type="checkbox"/>
5	様式 3-1	基本情報	<input type="checkbox"/>
6	様式 3-2	課題分析	<input type="checkbox"/>
7	様式 3-3	自己点検表（様式 3-3-①又は様式 3-3-②のいずれか）	<input type="checkbox"/>
8	様式 3 の添付資料	1、居宅介護サービス (第 1 表)居宅サービス計画書 (1)	<input type="checkbox"/>
9		(第 2 表)居宅サービス計画書 (2)	<input type="checkbox"/>
10		(第 3 表)週間サービス計画表	<input type="checkbox"/>
11		(第 4 表)サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>
12		(第 5 表)居宅介護支援経過（新規・更新を含む 2 ヶ月分、モニタリングの記録を含む）	<input type="checkbox"/>
13	※事例の事業種別に応じて 1～3 のいずれかを提出すること。	2、施設サービス (第 1 表)施設サービス計画書 (1)	<input type="checkbox"/>
14		(第 2 表)施設サービス計画書 (2)	<input type="checkbox"/>
15		(第 3 表)週間サービス計画表 又は (第 4 表)日課計画表	<input type="checkbox"/>
16		(第 5 表)サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>
17		(第 6 表)施設介護支援経過（新規、更新を含む 2 ヶ月分、モニタリングの記録を含む）	<input type="checkbox"/>
18	※地域密着型サービスの場合、そのサービス内容に応じて、1～3 のいずれかに準ずる書類を提出すること。	3、介護予防サービス 利用者基本情報	<input type="checkbox"/>
19		基本チェックリスト	<input type="checkbox"/>
20		介護予防サービス・支援計画書	<input type="checkbox"/>
21		介護予防支援経過記録（新規・更新を含む 3 ヶ月分、サービス担当者会議の要点及びモニタリングの記録を含む）	<input type="checkbox"/>
22		介護予防支援・サービス評価表	<input type="checkbox"/>
23	様式 4	事前目標シート（管理者又は上司等の意見を必ず記入すること）	<input type="checkbox"/>
24		専門(更新)研修課程Ⅰ及びⅡの修了証書の写し（直近のもの）	<input type="checkbox"/>
25	様式 5	介護支援専門員証の写し	<input type="checkbox"/>

※受講申込書類が揃っていること、及び記載内容に不備が無いことを各自確認のうえ、上記一覧の並び順どおりに揃えて角 2 型封筒に入れ、封筒の表に朱書きで「主任介護支援専門員研修申込書在中」と明記のうえ申込期限まで簡易書留で一般社団法人山形県老人福祉施設協議会あて郵送してください。

※申込書類が不足している、記載内容に不備がある又は記載内容が不十分である場合は申込みを受け付けできません。