

## (参考)

# 山形県介護支援専門員専門研修(専門研修課程Ⅱ)・ 更新研修(実務経験者対象・専門研修課程Ⅱ)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。**  
※ 例えば、オンライン研修となった場合、「(1)様式1：受講申込書」はインターネットの入力フォームに置き換えられることがあります。
- ・**申込される方は、申込年度の山形県介護支援専門員専門研修(専門研修課程Ⅱ)及び更新研修(実務経験者対象・専門研修課程Ⅱ)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2：実務経験申告書 **《サンプル掲載》**
- (3) ア) 様式3-①：提出事例の概要 **《サンプル掲載》**
  - イ) 様式3-②：(提出事例) アセスメント(課題分析) **《サンプル掲載》**
  - ウ) 様式3-③：住宅見取り図 **《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) アセスメントシート
      - b) (第1表) 居宅サービス計画書(1)
      - c) (第2表) 居宅サービス計画書(2)
      - d) (第3表) 週間サービス計画表
      - e) (第4表) サービス担当者会議の要点
      - f) (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1か月を含む計3か月分)
      - g) 課題整理総括表
    - ・ 施設サービスの場合
      - a) アセスメントシート
      - b) (第1表) 施設サービス計画書(1)
      - c) (第2表) 施設サービス計画書(2)
      - d) (第3表) 週間サービス計画書又は(第4表) 日課計画表
      - e) (第5表) サービス担当者会議の要点
      - f) (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1か月を含む計3か月分)
      - g) 課題整理総括表

・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1か月を含む計3か月分）
- f) 介護予防支援・サービス評価表
- g) 課題整理総括表

- (4) 様式4-1：研修記録シート1 《サンプル掲載》
- (5) 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  
※ 介護支援専門員専門研修課程Ⅱを受講したことがない者は介護支援専門員専門研修課程Ⅰの修了証書の写しのみでよい。
- (6) 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》
- (7) 受講申込み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)

介護支援  
専門員

更新研修 (実務経験者・専門研修課程Ⅱ)

受 講  
申込書

- 注) ① 「実務従事期間」は、介護支援専門員証の有効期間満了日前5年間に、該当事業所(要綱※1)において、介護支援専門員として実務(計画作成)に携わった期間です。  
② 申込時点での期間を記入してください。

申込年月日		年 月 日	
(フリガナ)			男・女
氏名			
最後に修了した研修名を選び、修了年度を記載して下さい			基礎資格
専門Ⅰ・専門研修Ⅱ・更新研修Ⅱ			年度 修了
自宅住所	〒 -		
介護支援専門員証番号 (8桁の登録番号)			実務従事期間 (様式2と一致)
介護支援専門員証の有効期間満了日		年 月 日	年 ヶ月
コース 選 択	内陸コース	<input type="checkbox"/>	どちらかにチェックして下さい。研修コースは人数、会場等を勘案して決定しますので、あらかじめご了承ください。
	庄内コース	<input type="checkbox"/>	
勤務先名			TEL
勤務先住所			FAX
該当事業所種別番号(要綱※1参照)		⑧その他の場合 名称:	
日中連絡の取れる連絡先 (上記以外の場合)	問合せ先名称		TEL
実務経験者で現在実務に就いていない方は○をお願いします→			

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2（実務経験申告書）

（研修実施機関の長） 殿

実務経験申告書

私は、下記の事業所又は施設で居宅サービス計画書等又は施設サービス計画等（以下「ケアプラン等」という。）の作成業務に携わったことを申告します。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)


期 間	年 月 ~ 年 月
事業所又は施設名称	
事業所又は施設所在地	市・町・村
事業所又は施設の指定番号	
ケアプラン作成時の職名	専任 兼任 (該当するほうに○)

期 間	年 月 ~ 年 月
事業所又は施設名称	
事業所又は施設所在地	市・町・村
事業所又は施設の指定番号	
ケアプラン作成時の職名	専任 兼任 (該当するほうに○)

※ 記入欄が不足する場合はコピーしてご記入ください。

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3-① 【提出事例の概要】

現在実務についていない方はこちらにチェックをお願いします 

提出者（記号化）		職種(例：看護師)	実務 経 験 年 数
介護専門員証番号			
事業所区分	地域包括/居宅介護支援/小規模多機能型/介護老人福祉施設/介護老人保健施設/ 介護療養型医療施設/グループホーム/特定施設/所属なし ○で囲む		
事例のタイトル	主たる類型番号:		その他の番号
事例類型	①リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例 ②看取り等における看護サービスの活用に関する事例 ③認知症に関する事例 ④入退院時等における医療との連携に関する事例 ⑤家族への支援の視点が必要な事例 ⑥社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例（※総合事業含む） ⑦状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例 ※上記より主たる類型以外に2つ以上を選択しその他の番号に記入して下さい		
対象者	さん 男・女	年齢 歳	家族構成、家族歴・主たる介護者
ジェノグラム			生活歴
			既往歴・病歴等
*名前は記号化すること（Aさん、Bさんなど…）			
要介護認定など			主治医
総合・要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
アセスメント情報（ICFにより整理しての課題など）			
考察とまとめ(まとめる中で気づいたこと、感じたこと、検討したいこと)			

※個人情報については、記号化するとともに提出者が責任をもってマスキングしてください。

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3-② (提出事例) アセスメント(課題分析)

健康状態(服薬情報を含む)	
ADL	
IADL	
認知機能	
コミュニケーション能力	
社会との係わり	
排尿・排便	
褥瘡・皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
心理・行動症状	
介護力	
居住環境	
特別な事項	
その他	

\*「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について(平成11年老企第29号)」を満たすもの

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。

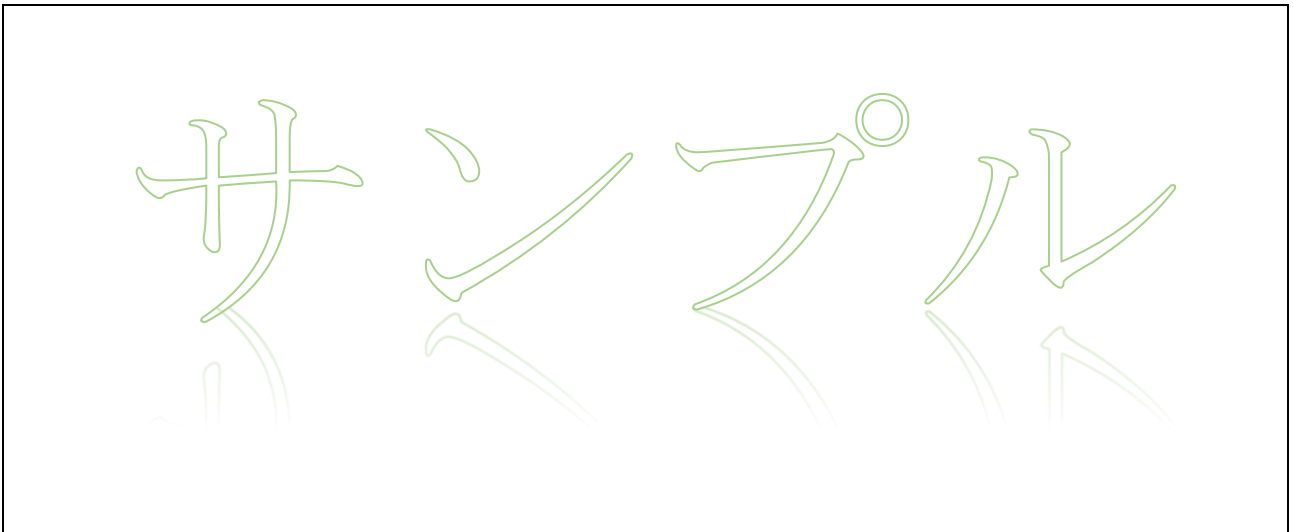
様式3-③ 住宅見取り図（段差を△、危険箇所を×で表示してください。住宅改修完了した場所、福祉用具の利用状況なども表示してください。）

施設の場合は居室を含めた生活スペース（トイレ、食堂、洗面所等）の記入をお願いします。

（書ききれない場合別紙可）

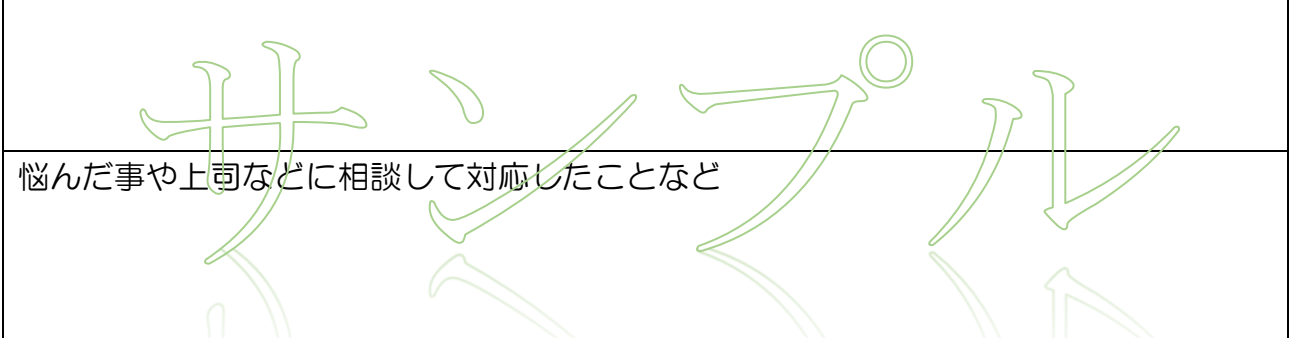


エコマップ（利用者を中心にその周辺にある社会資源の相関関係を表した地図）



このケースを担当して良かったと感じる事、悩んだ事などを分けて記入してください。

良かったと感じることなど



悩んだ事や上司などに相談して対応したことなど

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。

## 研修記録シート1(目標)

様式 4-1

この事前提出シートは、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。

研修名:

専門Ⅱ

氏名

介護支援専門員登録番号

### 1. 受講前

受講者記入欄 : 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)を記載してください。

管理者記入欄 : 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。

記入者氏名

所属先及び役職

### 2. 受講後(3カ月後程度)

受講者記入欄 : 受講成果(目標の達成と実践への活用状況)の自己評価を記載してください。

記入日

管理者記入欄 : 受講成果(受講者の目標の達成と実践への活用状況)を記載してください。

記入者氏名

所属先及び役職

記入日

※受講目標は受講者と管理者で相談して決めてください。

※管理者欄は、受講者が管理者本人、または、実務に就いていない等の理由により、記入できない場合、その旨記入願います。

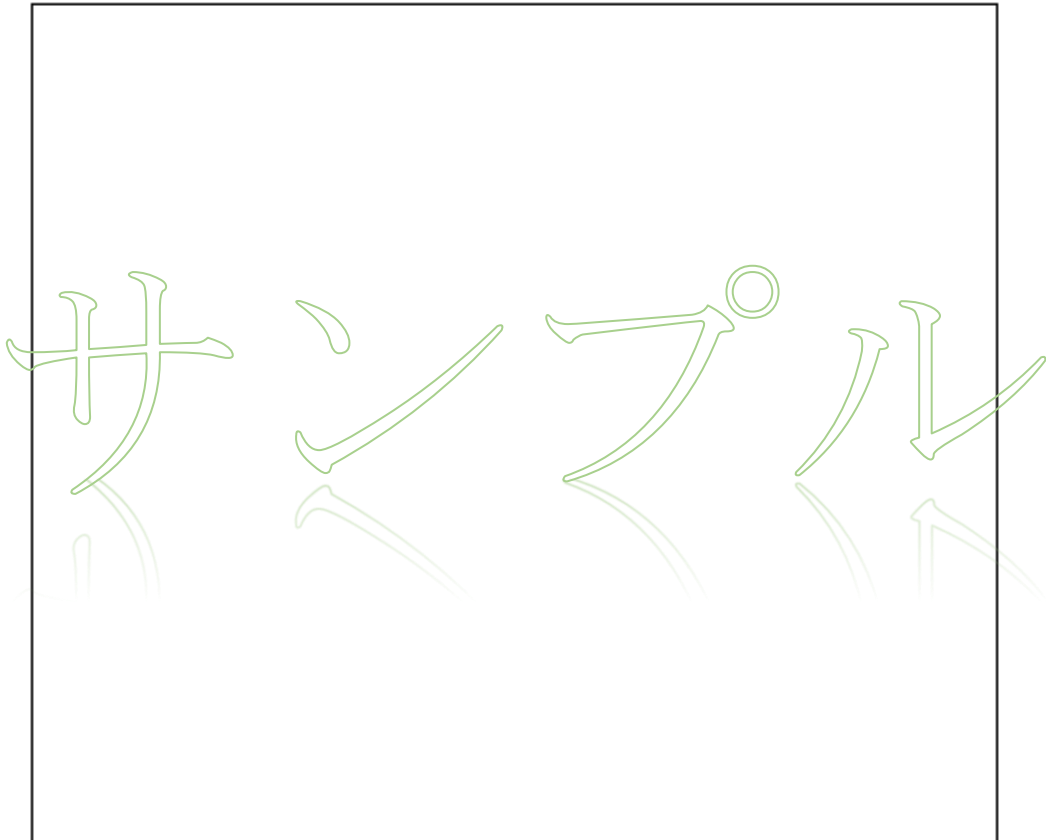
※「受講後」の欄は、実務に就かない方は、未就労である旨を記載の上ご提出いただき、就労後にご活用ください。



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

介護支援専門員証の写し添付  
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。

○年度山形県介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅱ）及び  
更新研修（実務経験者対象・専門研修課程Ⅱ）

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

勤務先名：

勤務先電話番号：

連絡先（日中連絡の取れる電話番号）：

メールアドレスの登録を完了しました。□←☑をお願いします

並び順	添付様式	内 容	☑
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 2	実務経験申告書	<input type="checkbox"/>
4	様式 3-①	提出事例の概要	<input type="checkbox"/>
5	様式 3-②	提出事例（課題分析）アセスメント	<input type="checkbox"/>
6	様式 3-③	住宅見取り図	<input type="checkbox"/>
7	様式 3 の添付資料	1、居宅介護支援事業所 アセスメントシート	<input type="checkbox"/>
8		(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		課題整理総括表	<input type="checkbox"/>
14		2、施設サービス アセスメントシート	<input type="checkbox"/>
15		(第1表)施設サービス計画書（1）	<input type="checkbox"/>
16		(第2表)施設サービス計画書（2）	<input type="checkbox"/>
17		(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"/>
18		(第5表)サービス担当者会議の要点	<input type="checkbox"/>
19		(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"/>
20	課題整理総括表	<input type="checkbox"/>	
21	※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。	3、介護予防サービス 利用者基本情報	<input type="checkbox"/>
22		基本チェックリスト	<input type="checkbox"/>
23		介護予防サービス・支援計画書	<input type="checkbox"/>
24		介護予防支援経過記録（新規・更新を含む2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"/>
25		介護予防支援・サービス評価表	<input type="checkbox"/>
26		課題整理総括表	<input type="checkbox"/>
27	様式 4	研修記録シート1（目標）（管理者又は上司等の意見を必ず記入すること）	<input type="checkbox"/>
28		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"/>
29	様式 5	介護支援専門員証の写し	<input type="checkbox"/>

※受講申込に必要な書類はすべて A4 用紙に片面印刷で作成すること。

※書類はこのチェックシートの並び順通りに揃えてから記載に不備がないことを各自確認し、左上をクリップで留めて角 2 封筒に入れ、封筒の表に朱書きで「介護支援専門員研修専門課程に申込書在中」と明記の上期日まで届くよう郵送してください。

※書類不備の場合は申込みを受理しません。