

関係各位

財団法人 総合健康推進財団
理事長 玉木 武
(公印省略)

平成 23 年度東京都介護支援専門員専門研修（後期）のお知らせ

日頃より、当財団の事業につきましては、ご理解ご協力を賜り、大変ありがとうございます。

このたび、平成 23 年度東京都介護支援専門員専門研修につきまして、都内の居宅介護支援事業所等で現に介護支援専門員としての実務に携わっている方（平成 23 年 10 月 1 日現在）を対象として、下記のとおり実施することとなりましたのでお知らせします。

介護支援専門員としての業務に従事するためには、有効期間満了の際に「介護支援専門員証」（「介護支援専門員登録証明書」を含む。）を更新する必要があります。更新するためには更新研修（53 時間相当）または**専門研修Ⅰ（33 時間）および専門研修Ⅱ（20 時間）**を受講しなければなりません。また受講後は、**更新の手続きをしないと介護支援専門員証の更新はされませんので、必ず更新手続きを行って下さい。**

つきましては、今回実施の「平成 23 年度介護支援専門員実務従事者基礎研修・専門研修Ⅰ（33 時間）・専門研修Ⅱ（20 時間）」の後期研修の募集にあたり、有効期間満了日をご確認のうえお申込みくださいますよう介護支援専門員の皆様にご周知いただくとともに、受講を希望される方については別紙受講申込書により、郵送でお申し込みくださるようお願い申し上げます。

なお、介護支援専門員証（以下「証」という。）の有効期間満了日が近く、更新研修又は専門研修Ⅰ及びⅡを未受講の方は、研修を受講しないと証の更新ができず、介護支援専門員として業務に就くことができなくなる場合があります。該当する方は申し込み忘れのないよう充分ご注意ください。

記

1 研修の目的

現任の介護支援専門員に対して、一定の実務経験をもとに、必要に応じた専門知識、技能の修得を図ることにより、その専門性を高め、もって介護支援専門員の資質向上を図ることを目的とする。

※専門研修の具体的なテーマは、以下となります。

【専門研修Ⅰ】

「様々なサービスを活用し上手に連携を取りながらケアマネジメントしてみましょう」

【専門研修Ⅱ】

「認知症ケアを学び、地域で暮らし続けるためのネットワークづくりを学びましょう」

2 実施主体 財団法人 総合健康推進財団
(問い合わせ：03-6417-9371)

3 受講対象者

下記の要件を満たす方【共通の要件】

平成23年10月1日現在、都内の地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、基準該当居宅介護支援事業所、認知症対応型共同生活介護（介護予防を含む）の事業所、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の事業所、小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）の事業所のいずれかにおいて介護支援専門員として介護サービス計画の作成を行っていること。

【各課程の受講要件】

課 程	対象者（以下のいずれかに該当があるか確認して下さい）	備考
専門研修Ⅰ (33 時間相当)	<p>◆現任の介護支援専門員であって、以下に該当する方</p> <p>①実務就業期間が6か月以上の方。 ※平成18年4月以降に登録された場合は、実務従事者基礎研修を修了している方に限ります。</p>	※重複 受講 不可
専門研修Ⅱ (20 時間相当)	<p>◆現任の介護支援専門員の方であって、以下の①、②のいずれかに該当する方</p> <p>①実務就業期間が3年以上であって、かつ、平成18年度以降に実施された専門研修課程Ⅰを修了している方。</p> <p>②1回目の更新がお済みの、実務経験3年以上の方。 但し、1回目の更新の際、【更新研修(実務未経験者向け)】又は【再研修】を修了した方は、次回更新のためには別途【専門研修Ⅰ】の修了が必要となります。</p>	

注1) 実務就業期間は、平成23年10月1日現在、介護支援専門員として介護サービス計画作成の業務を行っている（いた）期間を通算します。

注2) 複数の課程を重複して受講することはできません。ただし、島しょ部の方で、重複受講を認める場合があります。該当する方で重複受講を希望する方は事務局に直接ご相談ください。

注3) この専門研修を受講することにより更新研修を受講したことになります、有効期間満了日をご確認の上、計画をもってお申し込み下さい。

重要：1回目の資格更新がお済みの方はご確認ください

2回目以降の更新に必要な研修は、更新後（更新前の有効期間満了日以降）に実務に就いた経験があるかどうかで異なります。また、1回目の更新の際に受講した研修種別によっても異なりますのでご注意ください。該当の方は、申込書下部のチェック欄にご記入下さい。
※別紙「介護支援専門員の資格及び研修の体系」を必ずご確認ください。

4 研修内容

5・6頁の「研修カリキュラム」をご覧ください。

5 研修日時及び場所

7・8頁の「研修日程一覧」及び8頁の「会場一覧」をご覧ください。

6 受講料について

- ◆専門研修課程Ⅰ：16,000円（受講料）
- ◆専門研修課程Ⅱ：15,500円（受講料）

- ①受講決定通知書送付時に決定金額を印字した払込用紙（払込取扱票）を同封しますので、お支払いの際には、必ずそれをご使用ください。
- ②お振込みは、決定コースの初日までにお願い致します。
- ③一度お振込みいただいた受講料は返金できませんのでご了承下さい。

7 受講申し込みの方法について

受講申し込みについては、3の受講要件をご確認頂き、受講希望者ごとに別紙「受講申込書」（**専門研修Ⅰ用**・**専門研修Ⅱ用**）のうち、ご希望課程の用紙に必要事項をご記入の上（お手数ですが、用紙はコピーしてご利用ください）、**項目14の申込先**まで必ず郵送にてお申し込みください。（FAXによる申し込みはできません。）

- 今年度の**専門研修Ⅱ**におきましては、居宅系介護支援専門員と施設系介護支援専門員でコースの設定、内容が異なります。研修日程一覧とカリキュラムをよくお読みいただき、選択間違いのないよう留意してください。

- 添付書類（必須） 介護支援専門員証の写し

※募集案内・申込書一式は、下記の通り、HP上でダウンロードも出来ます。

ホームページアドレス <http://www.soukensui-kikaku.com>

8 受講申し込みの締切

平成23年11月10日（木）必着

9 受講決定について

平成24年8月31日までに有効期間満了日を迎える方を優先して、先着順とします。

第1希望のコースが定員に達した場合は、順次第2希望・第3希望のコースに割り振りさせていただきます。各コースとも定員の都合により希望コース以外での受講決定となる場合があります。予めご了承下さい。

注）先着順により受講希望人数が定員を超えた場合は、受講が出来なくなることもあります。また、受講希望人数が少ないコースについて開催がなくなる場合がありますのでご了承ください。

10 受講決定について

平成23年12月1日（木）前後に、受講者のご自宅に受講決定通知書を郵送します。

なお、**平成23年12月7日（水）**になっても通知書が届かない場合は、**項目14の問い合わせ先**にご連絡ください。

1 1 修了証について

研修の修了証明書は、研修の全科目を修了された方のみ、実施法人である財団法人総合健康推進財団より発行します。

修了証明書は、研修最終日に、会場で配付しますので、必ず受け取ってからお帰りください。(研修終了後10分～15分程度)

主任介護支援専門員研修の受講や介護支援専門員証更新の際に本研修の修了証明書が必要となります。証明書の再発行は行っておりませんので大切に保管して下さい。

1 2 個人情報の取り扱いについて

介護支援専門員専門研修受講申込書に記載された個人情報については、適正に管理を行い、東京都介護支援専門員専門研修及び名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的に利用することはありません。

1 3 その他

- (1) 専門研修Ⅰの2日目の選択科目(①～⑧)及び3日目の⑨につきまして①～⑨のうち3科目を受講することとなります。カリキュラム上、2日目の日程別コース(2科目)+3日目の⑨という日程を設定していますがそれ以外の組み合わせで3科目を受講されたい方は別途、ご相談ください。なお、希望人数と会場によってはご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- (2) 身体障害等により受講時における配慮が必要な方については、受講申込書の「受講時における身体障害等への配慮」の欄に、障害等の程度・必要な配慮の内容等について、簡潔にご記入ください。申込受付後、別途確認いたします。
- (3) 介護支援専門員証の再交付の申請、登録事項(氏名等)に変更がある場合、別途手続きが必要です。なお、東京都の登録者は、下記ホームページから手続き方法及び申請書がダウンロードできます。他道府県の登録者は、当該道府県の介護支援専門員登録事務担当まで、お問い合わせください。

東京都福祉保健局ホームページ

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/touroku/

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課介護人材係 TEL 03-5320-4279

1 4 介護支援専門員研修の申し込み・問い合わせ先

(財)総合健康推進財団 介護支援専門員研修係

〒141-0031 東京都品川区西五反田8-9-5 ポーラ第3五反田ビル 10階

TEL 03-6417-9371

- ◆問い合わせ曜日・時間は、月曜日～金曜日(祝・祭日除く)の**9:00～17:00**となっております。
- ◆申込み時期は、電話が大変に混み合う場合がございますので、ご了承下さい。

研修カリキュラム＜専門研修課程Ⅰ＞

課程	総時間	日程	時間数	内訳	科目名	内容	
専門Ⅰ	33h	1日目	6h	2h	必須	介護保険制度論	介護保険全般にわたるトピックな話題、介護支援専門員として十分に理解しておくべき事項等についての講義。
				1h	必須	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員が基礎的に備えるべき、利用者主体、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者ニーズの代弁等の倫理を講義。
				3h	必須	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	アセスメント、プランニング、ケアカンファレンス・サービス調整、モニタリングの持つ意味と重要性について実際の事例を使って講義。
		2日目	6h	3h	選択	①サービスの活用と連携 「訪問介護・訪問入浴介護」	選択：①⑥ 選択：②⑥ 選択：③⑧ 選択：④⑧ 選択：⑤⑦ 選択：②⑦
						②サービスの活用と連携 「通所介護・通所リハビリテーション」	
		3日目	7h	3h	選択	③サービスの活用と連携 「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」	
						④サービスの活用と連携 「短期入所・介護保険施設」	
		4日目		7h	7h	必須	
			⑥保健医療福祉の基礎理解 「リハビリテーション」				
		5日目	7h	4h	必須	⑦サービスの活用と連携 「訪問看護・訪問リハビリテーション」	
						⑧サービスの活用と連携 「居宅療養管理指導」	
		3日目	7h	2h	必須	⑨保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」	
保健医療福祉の基礎理解 「人格の尊重及び権利擁護」	高齢者虐待問題の状況、介護支援専門員が業務の中で日常的に権利擁護者として果たす役割、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業（地域福祉権利擁護事業等）のあらましとその活用及び高齢者虐待防止法の内容、自治体との連携等を具体的な事例を使用して講義。						
4日目	7h	2h	必須	ソーシャルケースワーク（対人個別援助技術） 演習①	対人援助における面接・コミュニケーション技法を事例を活用したり、実際にロールプレイ等を活用して学ぶ。また、自らの事例を省みるなどし、問題、課題点を導き出し、技術のレベルアップを図る。		
				ソーシャルケースワーク（対人個別援助技術） 演習②			
5日目	7h	3h	必須	保健医療福祉の基礎理解 「社会資源活用」	生活保護制度、身体障害者施策、老人福祉施策、生活福祉資金などの概要について講義するとともに、関連する機関・ボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築方法、インフォーマルな社会資源の活用と働きかけ、高齢者向け商品・サービスに関する状況、消費者センターなどの活動と連携について講義。		
				保健医療福祉の基礎理解 「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	高齢者に多い疾病の特徴（主訴、症状、病態、治療、予後等）とその対処法（介護上の注意、薬剤の特徴）、感染予防の基礎知識について講義。主治医との効果的な連携手法について事例等を活用して講義。		

研修カリキュラム＜専門研修課程Ⅱ＞

課程	総時間	日程	時間数	内訳	科目名	内容	
専門Ⅱ	20h	1日目	7h	3h	必須	介護支援専門員の課題	認知症高齢者を支えるためのケアマネジメント方法を様々な観点から学ぶ。地域において、認知症高齢者をケアする上での諸課題や介護支援専門員の役割等について講義及び演習。また、地域でのネットワーク作りや連携方法を学ぶ。
				2h	必須	介護支援専門員特別講義 「認知症ケアマネジメント及び地域のネットワーク作り」	
				2h	必須	「居宅／施設介護支援」演習・サービス担当者会議演習合同①	
		2日目	6h	6h	必須	「居宅介護支援」事例研究（援助困難事例含む）	自立支援、利用者本位の観点から作成された居宅サービス計画の事例を取り上げ、それらがどのようなプロセスを経て作成されたのか、具体的なアセスメントの手法、サービスの活用方法、関係機関との連携手法、各個別サービス計画との関係等を学ぶ。
		2日目	6h	6h	必須	「施設介護支援」事例研究（援助困難事例含む）	施設サービス計画のポイント、施設介護における日常的な介護と計画との関連等全体の流れを理解する。自立支援、利用者本位の観点から作成された施設サービス計画の事例を取り上げ、それらがどのようなプロセスを経て作成されたのか、具体的なアセスメントの手法、各職種間、サービス提供者との連携手法、チームアプローチによる計画の組み方を学ぶ。
		3日目	7h	7h	必須	「居宅介護支援」演習・サービス担当者会議演習合同② ※関連科目合同	作成した居宅サービス計画を持ち寄り、相互に意見交換をしながら課題分析の方法、居宅サービス計画の作成のポイント、モニタリング、再アセスメント、居宅サービス計画変更のポイントを学ぶ。サービス担当者会議におけるサービス事業者などとの連携方法や適切な記録の手法等を学ぶ。居宅サービス計画と個別サービス計画の関連について事例を通して、相互関係のポイントについて学ぶ。 （予め演習のため使用する共通事例で情報交換を行う協議をし、演習内で複数の職種の参加を得て、模擬サービス担当者会議を行い、自己・相互評価を通して効果的な会議運営方法とチームケアの方法を学ぶ。）
		3日目	7h	7h	必須	「施設介護支援」演習・サービス担当者会議演習合同② ※関連科目合同	作成した施設サービス計画を持ち寄り、相互に意見交換をしながら施設サービス計画作成のポイントを学ぶ。特に施設入所直後の利用者の不安等を軽減する為のアプローチ、アドボカシー機能、切れ目ないチームアプローチによる安定したケア、身体拘束廃止、在宅復帰、地域との連携等について演習する。（予め演習のため使用する共通事例で情報交換を行う協議をし、演習内で複数の職種の参加を得て、模擬サービス担当者会議を行い、自己・相互評価を通して効果的な会議運営方法とチームケアの方法を学ぶ。）

研修日程一覧【専門Ⅰ課程】(後期)

コース番号	1日目	会場
811	平成23年12月15日(木)	代々木
812	平成23年12月20日(火)	代々木
813	平成23年12月25日(日)	国立
【予定時間】9:30～16:30(6時間)		

コース番号	3日目	会場
831	平成24年2月8日(水)	府中
832	平成24年2月20日(月)	代々木
833	平成24年2月22日(水)	代々木
【予定時間】9:30～17:30(7時間)		

コース番号	2日目	会場	内容
821	平成24年1月12日(木)	代々木	①⑥
822	平成24年1月13日(金)	代々木	②⑥
823	平成24年1月15日(日)	新小岩	③⑧
824	平成24年1月23日(月)	市ヶ谷	④⑧
825	平成24年1月24日(火)	府中	⑤⑦
826	平成24年1月30日(月)	市ヶ谷	②⑦
選択科目対照表			
①サービスの活用と連携 「訪問介護・訪問入浴介護」 ②サービスの活用と連携 「通所介護・通所リハビリテーション」 ③サービスの活用と連携 「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」 ④サービスの活用と連携 「短期入所・介護保険施設」 ⑤サービスの活用と連携 「福祉用具・住宅改修」 ⑥保健医療福祉の基礎理解 「リハビリテーション」 ⑦サービスの活用と連携 「訪問看護・訪問リハビリテーション」 ⑧サービスの活用と連携 「居宅療養管理指導」 ※⑨保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」3hは、3日目の科目で実施します。			
【予定時間】9:30～16:30(6時間)			

コース番号	4日目	会場
841	平成24年2月25日(土)	国分寺
842	平成24年2月26日(日)	新小岩
843	平成24年2月29日(水)	三軒茶屋
【予定時間】9:30～17:30(7時間) ※当日は、演習のため開始より小教室実施		

コース番号	5日目	会場
851	平成24年3月7日(水)	府中
852	平成24年3月13日(火)	代々木
853	平成24年3月17日(土)	新小岩
【予定時間】9:30～17:30(7時間) 尚、研修修了日ですので、研修終了後、修了証配布のため15～30分ほどお時間をいただきます。		

※会場一覧・会場情報については、裏面をご確認下さい。

研修日程一覧【専門Ⅱ課程】(後期)

コース番号	1日目	会場
911	平成23年12月14日(水)	代々木
912	平成23年12月19日(月)	代々木
913	平成23年12月26日(月)	府中
【予定時間】9:30～17:30(7時間)		

コース番号	3日目	会場
931	平成24年2月12日(日)	新小岩
932	平成24年2月18日(土)	国分寺
933	平成24年2月28日(火)	三軒茶屋
【予定時間】9:30～17:30(7時間) 尚、研修終了後、修了証配布のため 15～30分ほどお時間をいただきます。 ※当日は演習のため小教室実施。		

コース番号	2日目	会場
921	平成24年1月14日(土)	代々木
922	平成24年1月31日(火)	府中
923	平成24年2月3日(金)	代々木
【予定時間】9:30～16:30(6時間) 但し、施設コースは923コースのみです。		

会場一覧 (会場情報)	
代々木 会場	『国立オリンピック記念青少年総合センター』 渋谷区代々木神園町3-1 (小田急線参宮橋駅 徒歩12分 東京メトロ千代田線 代々木公園駅 徒歩15分) 【会場情報】教室での飲食不可。センター内の昼食スペースは限られておりますので、ご注意ください。なお、教室のある施設内に約500名収容の食堂がございます。(食券必要)
府中 会場	『ルミエール府中』 府中市府中町2-24 (京王線 府中駅 徒歩6分) 【会場情報】教室内での飲食可。
国立 会場	『一橋大学 国立東キャンパス』 国立市東2-4 (JR中央線 国立駅 徒歩6分) 【会場情報】教室内での飲食可。
新小岩 会場	『東京聖栄大学』 葛飾区西新小岩1-4-6 (JR総武線 新小岩駅 徒歩2分) 【会場情報】教室内での飲食可。なお、施設内及び施設周辺で喫煙ができません。ご了承下さい。
三軒茶屋 会場	『昭和女子大学』 世田谷区太子堂1-7 (東急田園都市線三軒茶屋駅 徒歩8分) 【会場情報】教室での飲食可。キャンパス内の飲食スペース等も利用可能。
国分寺 会場	『国際文化理容美容専門学校国分寺校』 国分寺市南町3-22-14 (JR中央線 国分寺駅 徒歩3分) 【会場情報】教室での飲食可。なお、施設内及び施設周辺で喫煙ができません。ご了承下さい。
市ヶ谷 会場	『東京トラック事業健康保険組合』 千代田区四番町5-7 (JR中央線 市ヶ谷駅 徒歩7分、東京メトロ有楽町線 麴町駅 徒歩5分) 【会場情報】教室での飲食可。

専門研修 I 用

「平成23年度東京都介護支援専門員専門研修」専門 I 課程（後期）受講申込書

1. 申込者(受講希望者本人)

平成 23年 月 日

申込者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 年 月 日			
	氏名	(姓)	(名)					
	自宅TEL	TEL ()		携帯電話番号 (ある方のみ)				
	住所	〒 — 都・県						
現勤務先	事業所番号	1	3					
	事業所名							
	所在地	〒 — 東京都						
	TEL/FAX	TEL ()			FAX ()			
※電話番号については、申込内容確認等のため、確実に連絡のとれる番号(屋間連絡先)をご記入ください。								
介護支援専門員 登録番号(8桁)・登録地							登録都道府県	都・道・府・県
※必ず介護支援専門員証のコピーを添付して下さい。								
介護支援専門員登録日	平成	年	月	日				
有効期間満了日	平成	年	月	日				
【基礎研修修了証番号】 平成18年4月以降に登録された方は、平成18年度以降実施の「実務従事者基礎研修」修了証番号を必ず、記入して下さい。	東京都 修了							※修了番号を必ず記入して下さい。
	※修了証のコピーを添付してください。 ※他道府県で修了した方は、以下「※」に道府県名と修了証番号を必ずご記入ください。添付して頂く、修了証に修了番号がない場合は、修了番号の記入は結構です。							
	※ 道・府・県 修了							

2. 介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格条件を下記の中から1つ選択し、番号で記入してください。

- 1 医師・2 歯科医師・3 薬剤師・4 保健師・5 助産師・6 看護師・7 准看護師・8 理学療法士・9 作業療法士
10 社会福祉士・11 介護福祉士・12 視能訓練士・13 義肢装具士・14 歯科衛生士・15 言語聴覚士・16 あん摩マッサージ指圧師
17 はり師、きゅう師・18 柔道整復師・19 栄養士・20 精神保健福祉士・21 その他相談職・22 その他介護職

3. 介護支援専門員としての通算の実務経験年数について、次から1つ選択し、番号でご記入ください。

- 1 半年以上1年未満 2 1年以上3年未満 3 3年以上5年未満 4 5年以上

4. 所属の事業所・施設の形態を下の1～11の中から1つ選択し、番号で記入してください。

居宅系	1 指定居宅介護支援事業所 2 基準該当居宅介護支援事業所 3 小規模多機能型居宅介護事業所 4 地域包括支援センター
施設系	5 認知症対応型共同生活介護事業所 6 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 7 特定施設入居者生活介護事業所 8 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 9 指定介護老人福祉施設 10 指定介護老人保健施設 11 指定介護療養型医療施設

5. 「研修日程一覧」(7頁)の中から希望コースを選択し下記の表にコース番号下ひと桁を楷書ではっきりとご記入ください。

	第1希望		第2希望		第3希望		別紙日程を参考に下記のとおりご記入ください。
1日目	8	1	8	1	8	1	811～813 の中で第3希望までご記入ください。
2日目	8	2	8	2	8	2	821～823 の中で第3希望までご記入ください。
3日目	8	3	8	3	8	3	831～833 の中で第3希望までご記入ください。
4日目	8	4	8	4	8	4	841～843 の中で第3希望までご記入ください。
5日目	8	5	8	5	8	5	851～853 の中で第3希望までご記入ください。

6. 過去の資格更新の有無・受講研修の状況をご記入下さい

過去の資格更新実績(どちらかに○)	「有」の方のみ、前回更新の際に受講した研修に✓を入れて下さい
有 (更新年：平成 年)	<input type="checkbox"/> 専門研修 I・II、または実務経験者向け更新研修
無	<input type="checkbox"/> 実務未経験者向け更新研修または再研修

7. 身体障害等のため、受講時における配慮を希望される場合はご記入ください。

要	(内容)
---	------

【個人情報について】平成23年度東京都介護支援専門員専門研修の「申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、東京都介護支援専門員専門研修及び名簿登録・修了証明書発行業務以外の目的に利用することはありません。

専門研修 I 用

「平成23年度東京都介護支援専門員専門研修」専門 I 課程（後期）受講申込書

1. 申込者(受講希望者本人)

平成 23年 ○月 ○日

申込者	フリガナ	トウキョウ	タロウ	生年月日	大正 昭和	48年△月△日					
	氏名	(姓) 東京	(名) 太郎								
	自宅TEL	TEL 03 (3401) △△△△			携帯電話番号 (ある方のみ)	090-8887-△△△△					
	住所	〒136-00△△ 東京(都)県 江東区△△町○-○-○									
現勤務先	事業所番号	1	3	1	1	1					
	事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所									
	所在地	〒141-00△△ 東京都〇〇区△△町○-○-○ △△ビル〇階									
	TEL/FAX	TEL 03 (3401) △△△△			FAX 03 (3401) 〇〇〇〇						
介護支援専門員登録番号(8桁)・登録地		1	3	1	1	1	1	1	登録都道府県	都・道・府・県	
介護支援専門員登録日		平成 18年 4月 〇日					※必ず介護支援専門員証(または介護専門員登録証明書)のコピーを添付して下さい。				
有効期間満了日		平成 2△年 △月 △日					平成18年4月以降に登録された方で、基礎研修修了者は、必ず記入して下さい。				
【基礎研修修了証番号】 平成18年4月以降に登録された方は、平成18年度以降実施の「実務従事者基礎研修」修了証番号を必ず、記入して下さい。		東京都修了	K	0	△	△	△	△	△	△	△
		※修了証のコピーを添付してください。 ※他道府県で修了した方は、以下「※」に道府県名と修了証番号を必ずご記入ください。添付して頂く、修了証に修了番号がない場合は、修了番号の記入は結構です。									
		※ 道・府・県 修了									

2. 介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格条件を下記の中から1つ選択し、番号を記入してください。

1 医師・2 歯科医師・3 薬剤師・4 保健師・5 助産師・6 看護師・7 准看護師・8 理学療法士・9 作業療法士・10 社会福祉士・11 介護福祉士・12 視能訓練士・13 義肢装具士・14 歯科衛生士・15 歯科技工士・16 歯科助手・17 はり師、きゅう師・18 柔道整復師・19 栄養士・20 精神保健福祉士・21 その他相談職・22 その他介護職	11
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

3. 介護支援専門員としての通算の実務経験年数について、次から1つ選択し、記号でご記入ください。

1 半年以上1年未満 2 1年以上3年未満 3 3年以上5年未満 4 5年以上	2
-----------------------------------------	---

4. 所属の事業所・施設の形態を下の1~11の中から1つ選択し、番号を記入してください。

居宅系	1 指定居宅介護支援事業所 2 基準該当居宅介護支援事業所 3 地域密着型居宅介護支援事業所	11
施設系	4 認知症対応型共同生活介護事業所 5 認知症対応型共同生活介護事業所(認知症対応型共同生活介護事業所) 6 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 7 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所(認知症対応型共同生活介護事業所) 8 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 9 指定介護老人福祉施設 10 指定介護老人福祉施設(指定介護老人福祉施設) 11 指定介護療養型医療施設	1

5. 「研修日程一覧」(7頁)の中から希望コースを選択し下記の表にご記入ください。

	第1希望※			第2希望※			第3希望※		
1日目	8	1	2	8	1	1	8	1	1
2日目	8	2	1	8	2	2	8	2	2
3日目	8	3	3	8	3	2	8	3	2
4日目	8	4	3	8	4	2	8	4	2
5日目	8	5	3	8	5	2	8	5	2

6. 過去の資格更新の有無・受講研修の状況をご記入下さい

過去の資格更新実績(どちらかに○)	「有」の方のみ、前回更新の際に受講した研修に✓を入れて下さい
有 (更新年：平成 年)	<input type="checkbox"/> 専門研修 I・II、または実務経験者向け更新研修
無	<input type="checkbox"/> 実務未経験者向け更新研修または再研修

7. 身体障害等のため、受講時における配慮を希望される場合は、

要	(内容)
---	------

これまでに資格更新をした事のある方は「有」を選択し、その年も記入して下さい。
また「有」の方は更新の際に受講した研修に✓を入れて下さい。

専門研修Ⅱ用

「平成23年度東京都介護支援専門員専門研修」専門Ⅱ課程（後期）受講申込書

1. 申込者(受講希望者本人)

平成 23年 月 日

申込者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 年 月 日			
	氏名	(姓)	(名)					
	自宅TEL	TEL ()		携帯電話番号 (ある方のみ)				
	住所	〒 — 都・県						
現勤務先	事業所番号	1	3					
	事業所名							
	所在地	〒 — 東京都						
	TEL/FAX	TEL ()			FAX ()			
※電話番号については、申込内容確認等のため、確実に連絡のとれる番号（昼間連絡先）をご記入ください。								
介護支援専門員 登録番号（8桁）				登録都道府県		都・道・府・県		
	※必ず介護支援専門員証のコピーを添付して下さい。							
	有効期間満了日				平成 年 月 日			
現任研修了証番号 H15～17 年度実施の 基礎Ⅰ・Ⅱのいずれか の修了証番号、または、 H18 年度以降の専門 Ⅰ課程の修了番号を記 入して下さい。	東京都修了							
	※修了番号の7桁を 必ず記入して下さい。		※3桁B03・B04・B05・K03・ K04・K05・S06・S07・S08 S09・S10・S11の方が対象。		※4桁 左記対象修了証の下4桁記入欄又、他道府県修了の場合は要問い合わせ。			
	※		道・府・県 修了					
	※他道府県で修了した方は修了証のコピーを添付の上、※に道府県名と修了証番号を必ずご記入ください。							

2. 介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格条件を下記の中から1つ選択し、番号で記入してください。

1 医師・2 歯科医師・3 薬剤師・4 保健師・5 助産師・6 看護師・7 准看護師・8 理学療法士・9 作業療法士・10 社会福祉士・11 介護福祉士・12 視能訓練士・13 義肢装具士 14 歯科衛生士・15 言語聴覚士・16 あん摩マッサージ指圧師 17 はり師、きゅう師・18 柔道整復師・19 栄養士・20 精神保健福祉士・21 その他相談職・22 その他介護職	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3. 介護支援専門員としての通算の実務経験年数について、次から1つ選択し、番号でご記入ください。

1 3年以上5年未満	2 5年以上	
------------	--------	--

4. 所属の事業所・施設の形態を下の1～11の中から1つ選択し、番号で記入してください。

居宅系	1 指定居宅介護支援事業所 2 基幹該当居宅介護支援事業所 3 小規模多機能型居宅介護事業所 4 地域包括支援センター	
施設系	5 認知症対応型共同生活介護事業所 6 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 7 特定施設入居者生活介護事業所 8 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 9 指定介護老人福祉施設 10 指定介護老人保健施設 11 指定介護療養型医療施設	

5. 「研修日程一覧」（8頁）の中から希望コースを選択し下記の表にコース番号下ひと桁を楷書ではっきりとご記入ください。

	第1希望		第2希望		第3希望		居宅系	施設系
1日目	9	1	9	1	9	1	911～913 の中で第3希望までご記入ください。	
2日目	9	2	9	2	9	2	921～923 の中で第3希望までご記入ください。	必ず 923 をご記入下さい。
3日目	9	3	9	3	9	3	931～933 の中で第3希望までご記入ください。	

6. 過去の資格更新の有無・受講研修の状況をご記入下さい

過去の資格更新実績(どちらかに○)	「有」の方のみ、前回更新の際に受講した研修に✓を入れて下さい
有 (更新年：平成 年)	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ・Ⅱ、または実務経験者向け更新研修
無	<input type="checkbox"/> 実務未経験者向け更新研修または再研修

7. 身体障害等のため、受講時における配慮を希望される場合はご記入ください。

要	(内容)
---	------

【個人情報について】平成23年度東京都介護支援専門員専門研修の「申込書」等各種添付書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、東京都介護支援専門員専門研修及び名簿登録・修了証明発行業務以外の目的に利用することはありません。

専門研修Ⅱ用

「平成23年度東京都介護支援専門員専門研修」専門Ⅱ課程（後期）受講申込書

1. 申込者(受講希望者本人)

平成 23年 ○月 ○日

申込者	フリガナ	トウキョウ	タロウ	生年月日	大正 昭和	48年△月 △日	
	氏名	(姓) 東京	(名) 太郎				
	自宅TEL	TEL 03 (3401) △△△△			携帯電話番号 (ある方のみ)	090-3027-△△△△	
	住所	〒136-00△△ 東京都・県 江東区△△町○-○-○					
現勤務先	事業所番号	1	3	1	1	1	
	事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所					
	所在地	〒141-00△△ 東京都品川区△△町○-○-○ △△ビル○階					
	TEL/FAX	TEL 03 (3401) △△△△		TEL 03 (3401) △△△△			
※電話番号については、申込内容確認等のため、確実に連絡のとれる番号(昼間連絡先)をご記入ください。							
介護支援専門員 登録番号(8桁)	1	3	1	1			
	※ 他道府県の登録者の場合は、必ず介護支援専門員証(または介護専門員登録証明書)のコピーを添付して下さい。					登録都道府県	都・道・府・県
	有効期間満了日					平成 23年 4月 1日	
現任研修了証番号 H15~17年度実施の 基礎Ⅰ・Ⅱのいざよい の修了証番号 H18年度以降 Ⅰ課程の修了 入して下さい。	東京都修了	○	○	○	△	△	
	※修了番号の7桁を						
	※3桁 B03・B04・B05・K03・K04・K05・S06・S07・ S08・S09・S10・S11の方が対象となります。						
	※4桁 左記対象修了証の下4桁を記入して下さい。又、他道府県修了の場合は要問い合わせ。						
※他道府県で修了した方は修了証のコピーを添付の上、※に道府県名と修了証番号を必ずご記入ください。							

実務に就いている勤務先の事業所番号をご記入ください。

※3桁
B03・B04・B05・K03・K04・K05・S06・S07・
S08・S09・S10・S11の方が対象となります。

※4桁
左記対象修了証の下4桁を記入して下さい。又、他道府県修了の場合は要問い合わせ。

2. 介護支援専門員実務研修受講試験を受験した時の資格条件を下記の中から1つ選択し、番号を記入して下さい。

1 医師・2 歯科医師・3 薬剤師・4 保健師・5 助産師・6 看護師・7 准看護師・8 理学療法士・9 作業療法士・10 作業療法士(作業療法士)・11 義肢装具士 14 歯科衛生士・15 言語聴覚士・16 あん摩マッサージ指圧師 17 はり師、きゅう師・18 柔道整復師・19 栄養士	6
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

複数あれば主なもの1つお選びください。

3. 介護支援専門員としての通算の実務経験年数について、次から

1 3年以上5年未満	2 5年以上	2
------------	--------	---

介護サービス計画作成の業務を行っている通算期間です。

4. 所属の事業所・施設の形態を下の1~11の中から1つ選択し、番号で記入して下さい。

居宅系	1 指定居宅介護支援事業所 2 基準該当居宅介護支援事業所 3 小規模多機能型居宅介護事業所	2
施設系	5 認知症対応型共同生活介護事業所 6 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 7 認知症対応型共同生活介護事業所 8 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 9 指定介護老人福祉施設 10 指定介護老人福祉施設	2

居宅系か施設系の形態を必ず記入して下さい。

5. 「研修日程一覧」(8頁)の中から希望コースを選択し下記の表にコース番号下ひと桁を楷書ではっきりとご記入ください。

	第1希望		第2希望		第3希望	
1日目	9	1	3	9	1	2
2日目	9	2	1	9	2	3
3日目	9	3	3	9	3	2

1~3日目の各日程は必ず第1~3希望まで記入して下さい。(施設系の方の2日目は923コースをご記入下さい。)それぞれ各日程で同じコース番号の記入や無いコース番号を記入したりすると不備となります。(人数等により希望がかなわない場合があります。)

6. 過去の資格更新の有無・受講研修の状況をご記入下さい

過去の資格更新実績(どちらかに○)	「有」の方のみ、前回更新の際に受講した研修に✓を入れて下さい
有 (更新年：平成 年)	<input type="checkbox"/> 専門研修Ⅰ・Ⅱ、または実務経験者向け更新研修
無	<input type="checkbox"/> 実務未経験者向け更新研修または再研修

7. 身体障害等のため、受講時における配慮を希望される場合は

要	(内容)
---	------

これまでに資格更新をした事のある方は「有」を選択し、その年も記入して下さい。また「有」の方は更新の際に受講した研修に✓を入れて下さい。