

## 関係者各位

(主任介護支援専門員研修指定実施機関)  
公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会

## 平成29年度 主任介護支援専門員研修受講のご案内

当振興会では、愛知県より指定を受けて「主任介護支援専門員研修」を下記のとおり実施することとなりました。つきましては、該当される方には、是非受講頂きたくご案内申し上げます。

記

### 1. 研修の目的

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を習得するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できる主任介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

### 2. 受講対象者

主任介護支援専門員に求められる役割を深く自覚し、その業務に対する強い意欲と相応する経験や活動実績を有する者とする。

具体的には、以下の(1)共通要件(①及び②の両方とも必須)に該当し且つ(2)個別要件の①～⑤のいずれか1つに該当する者とする。

#### (1) 共通要件(全ての受講者が該当すべき条件)

##### ① 利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践出来ていると認められる者

具体的には、申込時に介護支援専門員に作成が義務づけられている「居宅(施設)サービス計画書」や「介護予防サービス・支援計画書」等の提出ができること。

過去に自分が担当したケース1人分の居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)及びアセスメントシートに「利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書」及び評価表(ホームページからダウンロード)を添付して、必ず申込書と一緒に送付して下さい。

(添付の「主任介護支援専門員研修受講要件・添付書類チェック表」をご参照下さい。)

##### ② 「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱまたは「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者 ※ 専門研修課程修了者は専門研修課程Ⅰ及びⅡの両方の修了証を添付すること

#### (2) 個別要件(いずれか1つ該当すれば良い)

- ① 専任(下記※2ご参照)の介護支援専門員として従事した期間(常勤・専従)が、平成29年5月28日(研修第1日目の前日)時点で、通算して5年(60ヶ月)以上である者  
なお、指定居宅介護支援事業所管理者との兼務は期間として算定できるものとする。
- ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は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であって、専任の介護支援専門員として従事した期間(常勤・専従)が、通算して3年(36ヶ月)以上である者
- ③ 介護保険法施行規則第140条の66第2号のハに規定する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
- ④ 地域包括支援センター又は在宅介護支援センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで主任介護支援専門員として配置が予定されている者であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上であり、市町村長が推薦する者
- ⑤ 県又は県が指定した研修機関が実施する介護支援専門員を対象とした研修において、講師を務めた経験を有し、又は現に講師を務めている者であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上である者

※1 上記個別要件①、②の専任期間並びに④、⑤の算定期間は、平成29年5月28日(研修第1日目の前日)迄を算定可とします。

※2 専任とは、常勤・専従を指します。

◇ 常勤とは、当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。

◇ 専従とは、サービス提供時間帯(当該従事者の当該事業所における勤務時間)を通じて、当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

※個別要件③介護保険法施行規則第140条の66第2号のハに規定する主任介護支援専門員に準ずる者とは、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、且つ介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者のことです。

※実務経験の範囲

介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、介護支援専門員として就労した者に限ります。

- ・ 居宅介護支援事業所 ・ 特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ・ 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に係る地域密着型サービス事業者
- ・ 介護保険施設 ・ 介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者
- ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者 ・ 介護予防支援事業者 ・ 地域包括支援センター

なお、上記事業所又は施設で就労していたとしても、要介護認定の調査業務のみを行っている場合や、利用者やサービス提供事業者との連絡調整のみを補助的に行っているのみで、**介護サービス計画書の作成**を行っていない場合は、実務経験として認められません。

指定居宅介護支援事業所における常勤・専従の管理者については、実務経験があると認められます。

3. 日程・場所

(全 12日間・70時間)

◇カリキュラムなど詳細は裏面をご参照下さい

開催日	区分	内容	場所
5月29日(月)	講義	主任介護支援専門員の役割と視点	名古屋商工会議所 2Fホール  名古屋市中区 栄二丁目10番19号
6月 6日(火)	講義	ケアマネの実践における倫理的な課題に対する支援	
	講義	ターミナルケア	
6月12日(月)	講義	人材育成及び業務管理	
	講義	運営管理におけるリスクマネジメント	
6月23日(金)	講義 演習	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び他職種協働の実現	
6月30日(金)	講義 演習	地域援助技術	
7月 5日(水)	講義 演習	対人援助者監督指導	
7月11日(火)			
7月12日(水)			
8月 8日(火)	講義 演習	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	
8月 9日(水)			
8月10日(木)			
8月18日(金)			

4. 募集定員 250名(定員に達した場合にお断りすることがございます)

5. 受講料 55,000円(テキスト代を含む)  
 受講決定通知の際に振込方法などをご案内します。  
 受講決定後、納付した受講料は返還致しませんのでご了承下さい。

6. 申込締切 平成29年4月24日(月) 必着

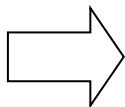
7. 申込方法・問合せ先

「受講申込書」に必要な事項を記入のうえ、添付書類を添え、必ず**A4サイズ**の封筒にて下記へ郵送下さい。  
 必要とする添付書類については、添付の「主任介護支援専門員研修受講要件・添付書類チェック表」で確認のうえ、漏れないようにして下さい。

書類に不備がある場合、受付が出来ませんのでご注意下さい。

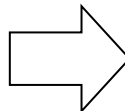
なお、申込書、実務経験証明書、研修講師経験証明書、推薦書、利用者の自立支援に資するケアマネ実践の報告書、評価表は(公財)愛知県シルバーサービス振興会のホームページ(アドレスは下記)から出力のうえご使用下さい。  
 出力が出来ない方はお電話にてお問合せ下さい。

郵送・問合せ先



(公財)愛知県シルバーサービス振興会  
〒460-0008 名古屋市中区栄二丁目10番19号  
名古屋商工会議所ビル内  
TEL 052-212-1685、223-6621  
FAX 052-212-1615  
(担当) 山田・林

(公財)愛知県  
シルバーサービス振興会



<http://www.aichi-silver.com/>  
【お知らせ】主任介護支援専門員研修のご案内

8. 受講決定 受講者を決定したうえで、受講可否等について記載した通知を5月15日頃迄にご自宅へ送付します。
9. 研修の修了 全課程の修了者に修了証を交付します。  
遅刻及び欠席等により未受講科目がある方には「修了証」を交付できません。  
受講にあたって、若しくは受講後に、受講要件等の不正が発覚した時は、その時点で受講決定若しくは受講（修了）を取り消します。

以上、漏れの無いよう書類を確認し、必ず**A4サイズ**の封筒にて郵送にてお申込み下さい。  
〔書類に不備がある場合、受付が出来ませんのでご注意ください〕

平成29年4月24日(月)必着

※ 申込書送付時の宛先用としてご利用下さい。



460-0008

名古屋市中区栄2丁目10番19号  
名古屋商工会議所ビル 8階

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会 行

# 平成29年度主任介護支援専門員研修カリキュラム

(公財)愛知県シルバーサービス振興会

月 日	区 分	時 間	時間数	研 修 内 容	講 師(敬称略)
5月29日 (月)	講 義	10:00～16:00	5	主任介護支援専門員の役割と視点	(一般社団法人)愛知県社会福祉士会 相談役 見平 隆
6月6日 (火)	講 義	10:00～12:00	2	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	日本福祉大学中央福祉専門学校 校長 長岩 嘉文
	講 義	13:00～16:00	3	ターミナルケア	医療法人 三つ葉 理事長 松木 良真
6月12日 (月)	講 義	9:30～12:30	3	人材育成及び業務管理	中小企業診断士・社会保険労務士 小藤省吾
	講 義	13:30～16:30	3	運営管理におけるリスクマネジメント	弁護士 篠田 達也
6月23日 (金)	講義・演習	9:30～16:30	6	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び他職種協働の実現	主任介護支援専門員
6月30日 (金)	講義・演習	9:30～16:30	6	地域援助技術	(一般社団法人)愛知県社会福祉士会 相談役 見平 隆
7月 5日 (水)	講 義	9:30～16:30	6	対人援助者監督指導	(一般社団法人)愛知県社会福祉士会 相談役 見平 隆
7月11日 (火)	演 習	9:30～16:30	12		
7月12日 (水)		9:30～16:30			
8月 8日 (火)	演 習	9:30～16:30	18	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	(一般社団法人)愛知県社会福祉士会 相談役 見平 隆
8月 9日 (水)		9:30～16:30			
8月10日 (木)		9:30～16:30			
8月18日 (金)	講 義	9:30～16:30	6		
12日間			70		

# 平成29年度 主任介護支援専門員研修受講申込書



↑  
 受講対象番号  
 ①②③④⑤  
 の該当を記入

平成29年度 主任介護支援専門員研修を受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会 御中

平成 年 月 日

受講希望者本人	介護支援専門員証			添付書類			
	登録番号		有効期限		介護支援専門員証の写しを添付のこと (若干拡大してA4サイズの内紙で添付)		
	フリガナ				性別	基礎資格(看護師など)	
	氏名		(S・H 年 月 日生)		男・女		
住所等		住所			電話・FAX		
		〒 -			電話	FAX	
現在の勤務先		事業所名など		法人名	事業所番号		
				事業所名			
		事業所形態		1. 居宅介護支援事業所 2. 施設系 3. 地域包括支援センター 4. その他( )			
		所在地		〒 -			
電話				FAX			
自立支援	利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書			ホームページからプリントアウトして記入			
	アセスメントシート			様式は各事業所で使用しているもので可			
	評価表			ホームページからプリントアウトして記入			
	居宅(施設)サービス計画書等(1表~3表)			様式は各事業所で使用しているもので可			
必須要件の研修	専門研修課程Ⅰ		いずれか該当する方に○をつける	修了年度	平成 年度	※修了証明書のコピーを添付して下さい	
	専門研修課程Ⅱ			修了年度	平成 年度		
	更新研修(実務経験者)			修了年度	平成 年度		
	※平成15~17年度の旧現任研修(基礎Ⅰ又は基礎Ⅱ)を受講していることにより専門研修課程Ⅰの受講を免除できる場合は、旧現任研修基礎研修課程Ⅰ又はⅡの修了証の写(コピー)を添付のこと (本制度は平成23年度以降の専門研修課程の受講者には適用されません)						
① 介護支援専門員 従事期間5年以上の要件		別添の「実務経験証明書」を添付のこと 【証明書用紙下段の(注)をご確認のうえ発行して下さい】					
② 36ヶ月受講者の 受講要件		ケアマネジメントリーダー養成研修受講		受講年度	平成 年度		
		認定ケアマネジャーの会員番号		「修了証」又は「認定書」の写し添付のこと			
③・④ 地域包括支援センター 勤務状況(予定)		主任介護支援専門員に準じて勤務中			現在の勤務先事業所に同じ	確認印	
		主任介護支援専門員として配置予定			(勤務予定センター名)	市町村長の推薦書が必要	
⑤ 研修講師経験状況		研修実施機関名			研修名		
		「研修講師経験証明書」を添付のこと					

**【個人情報の取扱】**

平成29年度主任介護支援専門員研修受講申込書及びこれに添付された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、本研修の運営以外の目的に利用することはありません。

# 主任介護支援専門員研修受講要件・添付書類チェック表

◇「受講申込書」・「実務経験証明書」・「研修講師経験証明書」・「利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書」・「評価表」の様式は  
(公財)愛知県シルバーサービス振興会のホームページ(<http://www.aichi-silver.com/>)からプリントアウトして下さい

※本表は申込書に添付する必要はありません。

	該当	受講要件	必要書類
必須	○		<ul style="list-style-type: none"> <li>平成29年度主任介護支援専門員研修受講申込書(ホームページからプリントアウト)</li> <li>介護支援専門員証の写し(A4サイズの用紙に若干拡大して添付)</li> </ul>
全員が必要とする要件	○	<p>「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく 専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ</p> <p>又は</p> <p>「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく 実務経験者に対する介護支援専門員更新研修</p> <p>を修了した者</p>	<p><b>必ず、53(88)時間を修了したことが確認できる修了証を添付のこと ( )内は28年度以降です</b></p> <p>修了証の種類には 更新研修「53(88)時間」・更新研修「20(32)時間」・専門研修課程「33(56)時間」、専門員研修課程Ⅱ「20(32)時間」 がありますので、修了の合計時間が53(88)時間となるように修了証を揃えて送付下さい。 例えば、更新研修「53(88)時間」ならこれ1枚 更新研修「20(32)時間」と専門研修課程Ⅰ「33(56)時間」の2枚</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「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」 又は 「介護支援専門員更新研修(実務経験者)」 の修了証の写し</li> </ul> <p>※平成15～17年度の旧現任研修(基礎Ⅰ又は基礎Ⅱ)を受講していることにより専門研修課程Ⅰの受講を免除できる場合は 旧現任研修基礎研修課程Ⅰ又はⅡの修了証の写し</p>
	○	利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践出来ていると認められる者	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書(ホームページからプリントアウト)</li> <li>居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)</li> <li>アセスメントシート</li> </ul> <p>過去に自分が担当したケース1人分の居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)及びアセスメントシートをコピーして提出下さい。 (様式は各事業所で使用しているもので可)</p> <p>地域包括支援センターに勤務している方は、要支援1又は2の介護予防ケアプラン(支援計画書)で可。 なお、個人が特定できる部分等はマジックで消す等対処して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>評価表(ホームページからプリントアウト)、記載方法等は裏面の記入見本等をご参照下さい。</li> </ul> <p><b>【送付方法】</b> 「利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書」→「アセスメントシート」→「評価表」→「居宅(施設)サービス計画書」 の順にセットして、申込書と一緒に送付下さい。</p>
①から⑤のうちいずれか1つが必要な要件	①	専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者 (但し、管理者との兼務は期間として算定できる)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実務経験証明書(別添様式又は独自のものでも良い)</li> </ul> <p>※事業所の廃止等、やむを得ない事情により「実務経験証明書」の証明を受けることが出来ない方は個別に電話等でお問合せ下さい。</p>
	②	「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は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であって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36ヶ月)以上である者 (但し、管理者との兼務は期間として算入できる)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実務経験証明書(別添様式又は独自のものでも良い)</li> <li>ケアマネジメントリーダー養成研修修了者……受講年度を記載</li> <li>認定ケアマネジャー……申込書に会員番号を記載し「修了証」又は「認定証」の写しを添付</li> </ul>
	③	施行規則第140条の52第2号のハに規定する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属されている者	<ul style="list-style-type: none"> <li>「受講申込書」の地域包括支援センター勤務状況欄に責任者の確認印を押印</li> </ul>
	④	地域包括支援センター又は在宅介護支援センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで主任介護支援専門員として配置が予定されている者であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上である者	<ul style="list-style-type: none"> <li>実務経験証明書(別添様式又は独自のものでも良い)</li> <li>市町村長の推薦書</li> </ul>
	⑤	県又は県が指定した研修機関が実施する介護支援専門員を対象とした研修において、講師を務めた経験を有し、又は現に講師を務めている者であって専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上である者	<ul style="list-style-type: none"> <li>実務経験証明書(別添様式又は独自のものでも良い)</li> <li>研修講師経験証明書(別添様式又は独自のものでも良い)</li> </ul>

## 利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書

受付番号 <small>〔事務局記入〕</small>		氏 名	
--------------------------------	--	-----	--

事例のタイトル	
利用者名 <small>(イニシアル等で表示)</small>	(性別) 男・女 (年齢) 才
事例の特徴  利用者の状況 など	
ケアプランで 工夫した点  支援において 重視した点 など	

〔添付書類〕

- ① 「居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)」や「介護予防サービス・支援計画書(1表～3表)」
- ② アセスメントシート
- ③ 評価表(直近のもの)

# 評価表

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

別添の「評価表の記載項目及び記載要領と留意点」及び「評価表記載見本」を参照  
詳細は平成26年6月17日「介護保険最新情報:Vol. 379」参照

短期目標	期間	援助内容			結果 ※2	コメント (うまくいった場合) どの部分良かったか記入 (うまくいかなかった場合) 今後の支援の視点を記入
		サービス内容	サービス 種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。

※2 短期目標の実現度合を5段階で記入する(◎～×2)

- ・◎(予想を上回って達成)
- ・○(予想通り達成でき、再度アセスメントして新たな短期目標を設定する)
- ・△(短期目標は達成可能だが期間延長を要する)
- ・×1(短期目標の達成は困難であり見直しを要する)
- ・×2(短期目標だけでなく長期目標も達成困難であり見直しを要する)



## 評価表の記載項目及び記載要領と留意点

### ① 利用者名

利用者名を記載する。

### ② 作成日

作成日を記載する。

### ③ 短期目標と期間

ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。なお、複数の短期目標がありかつその期間が異なる場合、ここに記載する短期目標は本様式作成時点で終期を迎える短期目標のみで良い。

### ④ 援助内容

ケアプラン第2表に記載されている援助内容（サービス内容、サービス種別、事業所名）を転記する。

### ⑤ 結果

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告等を踏まえ、短期目標の達成状況を評価して該当する記号を記入する。短期目標の達成状況と記号の凡例は以下の通り。

なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合（例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合）に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」（短期目標は達せられた）を記入し、再アセスメントの結果生活の状況に大きく変化が無ければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定する。

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた （より積極的な目標を設定できる可能性がある）	◎
短期目標は達せられた （再度アセスメントして新たに短期目標を設定する）	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

評価表

利用者名 A 殿

作成日 2013/ 8 / 31

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種別	※1		
日中は自宅のトイレを使うことができる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	〇〇〇ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、まだふらつきがあり、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、早めに自宅のトイレへ移動して使う練習をする	本人			
妻に助けをもらいながら、自宅で身だしなみを整えられる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすい被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇〇ケアセンター	〇	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組みました。
		デイサービスでの食後の歯磨きの実施	通所介護	〇〇〇ケアセンター	〇	
		デイサービスに行かない日に妻の見守りのもと、シャワー浴を行う	本人		〇	妻の協力のもと、週2回程度取り組んでいらっしゃいます。

・体力の向上の根拠は？  
・体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

※1 「通所サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現状況は5段階で記入する(○:短期目標をほぼ達成して進められた、●:短期目標が達成された(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが増強を要する。  
×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

《複数の実務経験証明書が必要なときは、コピーして使用して下さい》

## 平成29年度 主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

平成 年 月 日

所在地

法人等団体名

代表者職・氏名

印

担当者氏名 ( )

電話番号 ( )

下記の者は、標記研修の受講を申し込むにあたり、平成29年5月28日時点において、専任の介護支援専門員として勤務した経験は以下のとおりであることを証明します。

フリガナ		生年月日
申込者氏名		昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号		
業務期間	専任・兼任 ← (いずれかに○を付ける) 平成 年 月 日 ~ 年 月 日 ↑ (申込日または平成29年5月28日を記入下さい)	

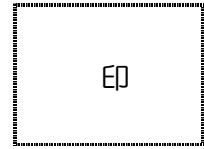
- (注1) 「専任」とは常勤・専従のことであり、他の事業所との兼務、居宅介護支援事業所管理者以外の職種を兼務していた期間は算入できません。
- (注2) 通算した従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨てます。また病気休業や育児休業などによる休職期間は除外して下さい。
- (注3) 氏名の変更があった場合は、戸籍抄本を添付して下さい。
- (注4) 複数の証明が必要な場合はコピーして使用して下さい。
- (注5) 貴事業所独自の様式があればそれを利用していただいても結構です。
- (注6) 申込者が自署した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成して下さい。

# 推 薦 書

平成 年 月 日

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会 御中

市町村長



市 町 村	担当部署	
	担 当 者	
	電話番号	

下記の者は地域包括支援センター又は在宅介護支援センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで主任介護支援専門員として配置が予定されている経験豊富な介護支援専門員であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年（60ヶ月）以上あり、平成29年度主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

記

事業所・施設又は 機関名	名 称				
	所 在 地				
職 名					
氏 名					
経 歴 な ど	介護支援専門員資格取得年		第【 】回 平成【 】年		
	介護支援専門員 としての 勤務実績	区 分	事 業 所 名	経 験 年 数	
		居宅介護支援事業所		年 月	
				年 月	
				年 月	
		在宅介護支援センター		年 月	
				年 月	
				年 月	
地域包括支援センター			年 月		
		年 月			

※ご参考 介護支援専門員実務研修の第1回は平成10年です。

(研修実施機関名)

(責任者印)

印

## 研修講師経験証明書

(受講者名)

は、下記のとおり介護支援専門員に対する研修の講師を務めた経験を

有し、又は現に講師を務めていることを証明します。

実施年度	研修の名称	具体的な内容(課程・教科等)
例:平成28年度	介護支援専門員実務研修	「居宅サービス計画書」の作成