様式第１号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人　茨城県介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　榮一　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入協力事業所　登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　― | | | |
|
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　　日 | | |
| 主任介護支援専門員の数 | | 人 | 特定事業所加算の有無 | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・Ａ・無 |
| 実習受入可能人数 | | 人 | | |

様式第３号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人　茨城県介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　榮一　様

所在地

事業所名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入承諾書

介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり、承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習生 | フリガナ |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 実習期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 実習場所 | |  | | |
| 実習内容 | | 【記載例】実習指導者との同行訪問、アセスメント訪問、居宅サービス計画立案、サービス担当者会議等の一連のケアマネジメントに関する見学実習等 | | |
| 実習指導責任者名 (主任介護支援専門員) | |  | 連絡先 |  |

様式第４号-1

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人　茨城県介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　榮一　様

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　管理者名　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　報告書　兼　評価書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  実習生　氏名 |  | | |
| 実習期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　　　年　　　月　　　日（　　日間） | | |
| 実習内容  ※見学・観察したプロセスに☑ | * アセスメント　　　　　□プランニング　　　□モニタリング * サービス担当者会議　　□給付管理 | | |
| 実習指導者名 |  | 連絡先 |  |

介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり、報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **評価項目** | | **定義** | **ウエイト①** | **評価ポイント②** | | | | | **①×②＝** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **計　　　点** |
| **プロセス** | **服装・身だしなみ** | **服装・髪型等がふさわしいか** | **2** |  |  |  |  |  | **/8** |
| **挨拶・言葉つかい** | **挨拶・会話・声かけは適切か** | **6** |  |  |  |  |  | **/24** |
| **実習協力者対応** | **関係性を保ちコミュニケーションがとれたか** | **7** |  |  |  |  |  | **/28** |
| **実践力** | **前期講義演習を理解し見学したか** | **3** |  |  |  |  |  | **/12** |
| **運営協力** | **実習以外の事業所環境にも配慮したか（実習先に不快な思いをさせないような配慮など）** | **1** |  |  |  |  |  | **/4** |
| **業務関心** | **実習報告提出及び実習内容のルールに関心があるか（実習の手引きなどの理解など）** | **4** |  |  |  |  |  | **/16** |
| **規則関心** | **実習報告提出及び実習内容のルールに関心があるか（実習の手引きなどの理解など）** | **2** |  |  |  |  |  | **/8** |
| 0＝課題なし　１＝ほぼ課題なし　２＝気になる課題が数か所あり　３＝課題のない状態が半分以下　４＝早急に課題を認識し改善が必要 | | | | | | | | | |

様式第４号-2

**見学・観察実習報告書　兼　評価書**

※プロセスごとに各1枚作成すること

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 受講者名 |  |
| プロセス場面  ※見学・観察したプロセスに1つに☑ | □アセスメント　　　　　□プランニング　　□モニタリング  □サービス担当者会議　　□給付管理　　　　□その他（　　　　　　　） |
| 見学・観察実習プロセスに  おける実習生の評価  （見学・観察後に作成） |  |
| 見学・観察実習日 | 令和　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　曜日）  時間　　　　　　　時　　　　　～　　　　　時 |
| 実習指導者名 |  |

様式第５号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　栄一　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受け入れ困難に係る届出書

介護支援専門員実務研修実習について、**令和　　年度は**実習を受け入れることが困難なため、

下記の通り届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　－ | | | |
|
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 受け入れが困難な期間 | | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 受け入れが困難な理由 | | |  | | |

様式第６号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　栄一　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入協力事業所　登録解除申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録解除について、下記のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　－ | | | |
|
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 受け入れが困難な期間 | | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 登録解除の理由 | | |  | | |