（様式３－２）

令和６年度主任介護支援専門員更新研修受講要件に係る

法定外研修修了証明書（要件２）

令和　　年　　月　　日

実施機関名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

作成担当者氏名

連絡先電話番号　　　　（　　　）

ＦＡＸ番号　　　　　　（　　　）

下記の者について、令和６年度主任介護支援専門員更新研修実施要項第３(２)に該当する研修を修了したことを証明します。

|  |
| --- |
| **（２）地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修等※２に、年4回以上※３参加した者**  ※２：行政機関、地域包括支援センター、日本介護支援専門員協会（都道府県支部を含む）又は『介護支援専門員実務研修受講試験事業実施要綱（平成27年2月12日付け老発0212第2号厚生労働省老健局長通知）』の３．『対象者』（１）のアに定める資格の職能団体（原則として、法人に限る。）が開催する介護支援専門員の質の向上に係る研修（以下「法定外研修」という。）とします。  ※３：主任介護支援専門員の資格を有する期間の全ての年度ごとに４回以上参加することを原則としますが、前回の主任介護支援専門員（更新）研修修了後のいずれかの1年間（4月1日～翌年3月31日を1年と考える）に受講した法定外研修の研修受講修了証の写し及び研修カリキュラムの写し等を提出できる場合は認めるものとします。    法定外研修の時間数については、1回の研修につき3時間以上とします（ただし、一連のカリキュラムにて複数日で実施されるものについては合算して3時間以上であれば、1回として認めるものとします）。  昨今の状況を踏まえ、ＩＣＴを活用した研修も対象とします。また、令和2年度に限り、レポートやワークシートの作成にかかった時間も時間数として認められます。  なお、法定外研修の企画、講師やファシリテーターの経験については、研修実施機関の代表者の証明を受けた場合は、研修を受講したものとみなします。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | 介護支援専門員登録番号 |  | |
| 研修名称 | | 研修内容 | | | 実施日 |
|  | |  | | | 年　月　日 |
|  | |  | | | 年　月　日 |
|  | |  | | | 年　月　日 |
|  | |  | | | 年　月　日 |

【注意事項】

※　上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認をさせていただき、必要に応じ再提出をしていただくことがあります。

**※　虚偽の申請があった場合は、研修受講決定取り消し等の対応をいたします。**

※　作成担当者は、証明した内容について問い合わせをする時の担当者名を記入してください。

※　実施機関毎に証明書を作成してください（例：Ａ機関の研修を２回、Ｂ機関の研修を２回受講した場合は計２枚の証明書を作成）