推薦依頼書兼受講要件該当確認書（受講希望者本人記載用）

八王子市長　初宿　和夫　殿

　東京都主任介護支援専門員更新研修（以下「主任更新研修」という。）の受講生として、東京都主任介護支援専門員更新研修事業実施要綱（平成28年4月1日付28福保高介第1437号）「３対象者（１）勤務要件および区市町村推薦要件に規定する『地域の中核となって活躍しうる高い能力及び意欲がある主任介護支援専門員として推薦する者』」として推薦いただきたく、依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 |  |
| 勤務先事業所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 主任介護支援専門員研修修了年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 主任介護支援専門員更新研修修了年月日 | 　　年　　月　　日 |

１　推薦基準

（１）必須要件

　ア　勤務する事業所等の要件（当てはまる場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （ア）現在、運営基準違反・運営基準減算等に該当しておらず、実地検査や運営指導等の結果判明した誤請求等があった場合、その報酬の返還（過誤申立）が終了している。 |  |
| （イ）前年度に八王子市で実施された集団指導に参加した。（地域包括支援センター及び前年度以降に新規指定を受けた事業所を除く。） |  |

イ　受講を希望する介護支援専門員の要件（当てはまる場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （ア）東京都の定める受講要件を満たし、提出書類に不備がない。 |  |
| （イ）勤務する事業所等に所属する他の介護支援専門員又は他の事業所に所属する介護支援専門員に対して指導及び助言を行い、事業所内又は地域におけるケアマネジメント業務の質の向上に努めている。 |  |

|  |
| --- |
| 必須要件イ（イ）の具体的な内容 |
| 指導又は助言を行った介護支援専門員等の所属と氏名 | 事業所等の名称 |  |
| 氏　名 |  |
| 指導・助言の概要 |  |
| 状　況 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 指導・助言の内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（２）推奨要件（該当する項目を記入する）

|  |  |
| --- | --- |
| ア | 地域の介護支援専門員の支援について |
| （支援の目的や内容について、行った活動について具体的に記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| イ | 地域の介護支援専門員又は主任介護支援専門員を対象とした勉強会等の企画又は運営について |
| （何を目的として、どのような勉強会を企画又は運営したのか。実施日、参加した事業所名、参加した介護支援専門員等の氏名などを具体的に記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ウ | 地域の介護支援専門員又は主任介護支援専門員との連携若しくは連携体制の構築について |
| （いつ、どのように、何を目的として連携したのか。どのような連携体制の構築に関わったのか。連携対象となった介護支援専門や主任介護支援専門員についても具体的に記載。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

２　研修修了後の協力について（同意する場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （１）当該研修修了後、市が行う研修事業及びケアプラン点検事業等への派遣依頼があった場合は協力する。 |  |
| （２）当該研修修了後、市及び地域包括支援センター等からの支援困難事例の受入れに積極的に取り組む。 |  |
| （３）地域貢献や他の事業所の介護支援専門員に対する指導・助言等の役割を担う。 |  |
| （４）当該研修修了後、研修の成果を活かして活動する。 |  |
| 【研修の成果を活かして、今後、八王子市において実践したいことを具体的に記載。】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （５）勤務先の変更・退職時には、八王子市福祉部介護保険課総務・給付担当まで、その旨を連絡する。  |  |

３　研修修了者の氏名等の公表について（同意する場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修修了後、市内の地域包括支援センター、八王子市介護支援専門員連絡協議会、及び八王子主任介護支援専門員連絡会に、氏名及び所属する事業所名を公表する。 |  |

以上の内容について、当法人として相違ないことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　勤務先事業所

証　明　者　（勤務先法人）　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞