

第 24 回 福井県介護支援専門員実務研修受講試験

合格者の皆様へ

令和 3 年度 福井県介護支援専門員実務研修について

新型コロナウイルス感染防止対策を徹底するため、令和 3 年度 福井県介護支援専門員実務研修は講義のみ ZOOM によるオンライン研修で開催し、サテライト会場は設置いたしません。

つきましては、研修を開催するにあたり下記の返信項目について令和 3 年 12 月 7 日 (火) 正午までにメールでご回答いただきますようお願いいたします。

研修受講の有無にかかわらず全員の方が必ずご入力いただき、期日までに返信をお願いします。

ご回答いただけない場合は「受講しない」と判断させていただきますのでご了承ください。

なお、今回受講決定通知は送しません。受講すると回答された方のみ、今後はメールで必要な案内をお送りいたしますので、定期的にメール受信のチェックをお願いします。

記

《返信項目》 ※研修受講の有無にかかわらず、1 および 2 は必ず返信をお願いします。

1 メール の件名に『ケマネ実務 【受験番号】 【氏名】』をご入力ください。  
また、本文にも【受験番号】 【氏名】をご入力ください。

2 令和 3 年度 福井県介護支援専門員実務研修受講の有無について

- ①受講する
- ②受講しない

《「①受講する」を選択された方への留意事項》

《実習について》

※所属事業所が介護支援専門員実務研修実習受入れ事業所（系列を含む）である場合は、実習は自施設実習となります。

3 所属事業所（系列を含む）が特定事業所加算の算定における介護支援専門員実務研修実習受入れ事業所であるかの有無について（所属法人等に確認してください）

- ①介護支援専門員実務研修実習受入れ施設（自施設実習）
- ②介護支援専門員実務研修実習受入れ施設ではない（他施設実習）

リモート研修の留意点（重要）

①研修当日に使用するパソコンは原則 1 人 1 台でお願いします。

**※スマートフォンや携帯電話のアドレスは不可**

②Zoom アプリをダウンロードしたマイク、カメラ機能付きのパソコン（タブレット）、ヘッドセット（イヤホン）をご準備ください。

※当日の円滑な運営のため、動作確認を 12 月 15 日（水）9：30～11：30 に実施いたします。

ご不安な方はご活用ください。（ミーティング招待用の URL や ID・パスコードをお知らせします）

裏面に続きます

#### 4 研修テキストについて

テキストは研修当日までに各自でご準備ください。

長寿社会開発センター等で購入できますが、発注から納品まで時間がかかる場合がありますので、早目に購入手続きを行ってください。 注：一般の書店では取り扱っていない場合があります。

《テキスト名》

『七訂 第2版 介護支援専門員実務研修テキスト』（財長寿社会開発センター発行）8,800円

『七訂 居宅サービス計画書作成の手引』（財長寿社会開発センター発行）1,980円

※テキスト代は税込価格です。

#### 5 実習について

\*施設実習は受講者の所属（系列を含む）が特定事業所加算の算定における介護支援専門員実務研修実習受入れ事業所である場合は、自施設実習を基本とし、それ以外の場合は他施設実習とします。

\*受講者の実習日直近2週間以内の行動歴およびコロナワクチン接種状況（1回目・2回目）を確認し、その情報を実習受入施設に情報提供いたします。

#### 6 その他

ご回答は全てメールでの返信をお願いします。

返信いただいたメールアドレスは、今後、ミーティング招待用のURLやID・パスコードを送るほか、研修資料等の添付送信に使用します。

他のメールアドレスを使用希望の方は、返信メールに使用アドレスをお書きください。

#### 《メール入力例》

|           |                                 |                     |
|-----------|---------------------------------|---------------------|
| 送信<br>(S) | 宛先(T)                           | manp@f-shakyo.or.jp |
|           | CC(C)                           |                     |
|           | BCC(B)                          |                     |
| 件名(U)     | ケアマネ実務【受験番号】000-00000 【氏名】福井 太郎 |                     |

※1および2は研修受講の有無にかかわらず、必ず返信してください。

1 受験番号 000-00000  
氏名 福井 太郎

2 「①受講する」または「②受講しない」と入力

※「①受講する」を選択された方は3の回答を入力後、返信してください。

3 「①介護支援専門員実務研修実習受入れ施設（自施設実習）」または  
「②介護支援専門員実務研修実習受入れ施設ではない（他施設実習）」と入力

※返信したメールアドレス以外のアドレスを使用希望の場合は、使用アドレスを入力後、返信してください。

研修受講の際に使用するメールアドレス

「」

【担当】人材研修課 研修グループ 平田

〒910-8516 福井市光陽 2-3-22

TEL 0776-21-2294/FAX 0776-24-4187

E-mail manp@f-shakyo.or.jp