

## 法定外研修受講一覧（要件②総括表）

令和 年 月 日

氏 名 印

令和7年度群馬県主任介護支援専門員更新研修：受講要件(選択要件)②に該当する法定外研修を修了しました。

修了した研修に該当する種別を下記「該当研修種別欄」に記号で記入してください。

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に年4回以上参加した者

令和2年4月1日以降において、次のいずれかの研修（主任介護支援専門員の資質向上に関連する研修に限る。）に4回以上参加した年度(4月1日～3月31日)が1回以上ある者としてします。

- イ 群馬県介護支援専門員協会（県内の地域支部を含む）、日本介護支援専門員協会（ブロック及び県支部を含む。）
- ロ 群馬県地域包括・在宅介護支援センター協議会、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会
- ハ 地域包括支援センター（保険者単位で実施しているもの）
- ニ 行政機関（群馬県・群馬県内の市町村）
- ホ 介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格の要件の一つとなっている法定資格の職能団体（県医師会、県看護協会、県介護福祉士会、県社会福祉士会等をさし、県内支部を含む）
- へ 在宅医療・介護連携支援センター（名称の例：「おうちで療養相談センターまえばし」）
- ト 群馬県社協が実施したファシリテータースキルアップ研修・実務研修実習指導者研修

実施日	研修名	主催者	該当研修種別 (イ～トから該当する記号を記入)
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

## 【注意事項】

- ※ 法定外の研修等については、「主催団体」と「研修内容」（助言指導を行うためのスキルアップ、地域包括ケアシステム構築に地域づくりかかどうか）の両者を満たす必要があります。
- ※ 当日の「研修受講日・内容・時間数」が含まれている資料、受講を確認できるもの及び「【様式4-B】法定外研修受講記録簿」を添付してください。
- ※ 5回以上参加した資料を提出する際は、この様式をコピーしてお使いください。
- ※ 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、再提出をしていただくことがあります。また、虚偽の申請があった場合は、受講取り消し等の対応をいたします。