

平成28年度介護支援専門員実務研修における見学実習受入協力に関する意向調査について

記入年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

法人名	施設（事業所）名
担当者氏名	連絡先

〈以下の設問に記入または○をお願いします〉

1 貴施設（事業所）の介護支援専門員数等を教えてください（回答日現在）

介護支援専門員数	人	そのうち主任介護支援専門員数	人
----------	---	----------------	---

2 現在算定している加算に○をして下さい（H28.6 現在）

（ 特定事業所加算Ⅰ ・ 特定事業所加算Ⅱ ・ 特定事業所加算Ⅲ ・ なし ）

2-1 今後（現在算定中の場合も含む）加算算定の意向 （ 有 ・ 無 ）

2-2 平成27年4月～平成28年5月までに算定実績がある加算に○をして下さい（複数回答可）

（ 特定事業所加算Ⅰ ・ 特定事業所加算Ⅱ ・ 特定事業所加算Ⅲ ）

3 平成28年度からの介護支援専門員実務研修におけるケアマネジメントプロセスの見学実習（おおむね3日間）の実習受入協力は可能ですか ※詳しくは別紙をご参照ください

（1）該当に○をしてください。（ はい ・ いいえ ）

（2）「はい」と回答された場合は、実習受入可能人数をご回答下さい。

実習受入可能人数	合計	人（1回の受入可能人数	人）
----------	----	-------------	----

（3）「いいえ」と回答された場合は、受入ができない理由についてご回答下さい。

--

※特定事業所加算を取得している事業所及び実習受け入れ協力が可能と回答いただいた事業所を対象とした説明会について、8月下旬を目途に開催を予定しておりますので、後日案内させていただきます。なお、この意向調査はあくまでも調査になります。正式な登録等については説明会后となります。

4 介護支援専門員実務研修における見学実習受入に関するご意見等ありましたら、ご記入願います。（実習受入を協力していただく際に、受入現場での不安等あればお教え下さい）

御協力ありがとうございました。返送につきましては、京都府健康福祉部高齢者支援課 介護計画・企画担当（担当：井垣）あてお願いいたします。（FAX：075-414-4615）