

令和6年1月19日

都道府県
介護保険(高齢者保健福祉)担当課 御中

特定非営利活動法人
地域共生政策自治体連携機構
介護サービス相談・地域づくり連絡会
代表 石井 信芳

2024年度 介護サービス相談員研修(養成・現任)のご案内 【情報提供・市町村申込取りまとめのお願い】

謹啓 平素よりご支援を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、介護サービス相談・地域づくり連絡会では、2024年度において「介護サービス相談員 養成研修」、「介護サービス相談員補 養成研修」、「介護サービス相談員 現任研修」の全国研修を予定しております。

研修案内文書は貴都道府県内の介護サービス相談員派遣等事業実施の各市町村にも送付しており、受講を希望される市町村には、当会所定様式の申込書で都道府県と当会にお申し込みいただきたい旨をお知らせしております。

貴都道府県におかれましては、恐れ入りますが、市町村から提出される申込書を集約していただき、都道府県申込書[B]により、令和6年3月29日(金)までに当会へご連絡くださいますようお願いいたします。

なお平成25年度より、各申込書につきましては当会ホームページからダウンロードのうえ、全てメールで当会へ送信していただくことになりました。

また、この文書も同様にダウンロードをしていただけます。現在未実施の市町村への情報提供等、ご活用いただければ幸いに存じます。

都道府県・市町村の事業担当者を対象とする「事務局担当者研修」は、**9月12日(木)**を予定しております。詳細等が決まり次第、改めてご連絡申し上げます。

ご多用のところお手数おかけいたしますが何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

送付内容

- 2024年度 介護サービス相談員養成研修・現任研修(全国研修)について
- (ご参考)市町村あて「2023年度介護サービス相談員研修(養成・現任)のご案内」

以上

《お問い合わせ先》

特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構
介護サービス相談・地域づくり連絡会

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-7-15

市ヶ谷クロスプレイス4階

TEL: 03-3266-9340 FAX: 03-3266-0223

メール: sodanin@net.email.ne.jp

URL: <https://kaigosodan.com>

(担当: 高松)

2024年度 介護サービス相談員養成研修・現任研修(全国研修)について

1. 研修概要

日程、開催場所、研修内容等については、市町村あて案内文書をご参照いただきますようお願いいたします。

2. 都道府県のお申込み（市町村申込み取りまとめ）のお願い

研修を受講される市町村は、所定の申込書で都道府県と当会にお申し込みいただくようお願いしております。

何卒ご理解、ご協力のほどお願い申し上げます。

- ① 都道府県におかれましては、都道府県申込書 [B]、を当会ホームページからダウンロードしていただくようお願いいたします。

なお、ダウンロードには下記パスワードの入力が必要となります。

**パスワードは、令和6年1月19日付で送付いたしました
2024年度 介護サービス相談員研修（養成・現任）のご案内
をご参照ください。**

- メールで当会へご連絡頂ければ、都道府県申込書 [B] データを添付し、返信させていただきます。

※介護サービス相談・地域づくり連絡会 ホームページ

<https://kaigosodan.com/>

→お知らせ→2024年度全国研修「養成・現任」のご案内

- ② 市町村から提出される養成申込書 [A]、現任申込書 [A] を基に、都道府県申込書 [B] に集約、入力をお願いいたします。

- ③ 都道府県申込書 [B] を介護サービス相談・地域づくり連絡会あて、メールにより送信くださるようお願いいたします。

※介護サービス相談・地域づくり連絡会 メールアドレス: sodanin@net.email.ne.jp

3. メールによるお申込みのお願い

都道府県、市町村とも、申込は全てメールでの受付となります。

4. 都道府県申込締切日

都道府県の当会あて申込締切日は、令和6年3月29日（金）です。

市町村の申込を集約していただき、お申込みくださるようお願いいたします。

なお、市町村の当会あて申込締切日は令和6年3月22日（金）としています。

ご多用のところ誠に恐縮ではございますが何卒ご理解、ご協力のほどお願い申し上げます。

送付先: 都道府県 及び 介護サービス相談・地域づくり連絡会 (sodan@net.email.ne.jp) ※当会には必ずメールでお申込みください

申請書コード: 締切日: 令和6年3月22日(金)

【市区町村】
令和6年度 介護サービス相談員 **養成** 研修申込書 [A]

1. 研修申込者情報
都道府県: 市区町村: 研修者名:
TEL: FAX: 登録メール:
〒: 住所: 研修期間: 研修場所:
2. 受講申込人数: 人
3. 受講者名簿 (相談員 0人 + 事務局 0人)

氏名	生年月日	性別	所属	備考
1 (記入例) 漢中 玲子 ひろなか れいこ S21.4.20 女 相 その他 大学図書補助員 東京				
2				
3				
4				
5				
6				

4. 連絡事項
研修する項目がある場合は、「し」を記入してください。
受講者の交代 受講者の追加 受講者の取消
研修受講者数 (50名未満の場合は) 研修受講者数
その他 (研修申込に関する内容のみ記載してください)

送付先: 都道府県 及び 介護サービス相談・地域づくり連絡会 (sodan@net.email.ne.jp) ※当会には必ずメールでお申込みください

申請書コード: 締切日: 令和6年3月22日(金)

【市区町村】
令和6年度 介護サービス相談員 **補養成** 研修申込書 [A]

1. 研修申込者情報
都道府県: 市区町村: 研修者名:
TEL: FAX: 登録メール:
〒: 住所: 研修期間: 研修場所:
2. 受講申込人数: 人
3. 受講者名簿 (相談員 0人 + 事務局 0人)

氏名	生年月日	性別	所属	備考
1 (記入例) 漢中 玲子 ひろなか れいこ S21.4.20 女 相 その他 大学図書補助員 東京				
2				
3				
4				
5				
6				

4. 連絡事項
研修する項目がある場合は、「し」を記入してください。
受講者の交代 受講者の追加 受講者の取消
研修受講者数 (50名未満の場合は) 研修受講者数
その他 (研修申込に関する内容のみ記載してください)

送付先: 都道府県 及び 介護サービス相談・地域づくり連絡会 (sodan@net.email.ne.jp) ※当会には必ずメールでお申込みください

申請書コード: 締切日: 令和6年3月22日(金)

【市区町村】
令和6年度 介護サービス相談員 **現任** 研修申込書 [A]

1. 研修申込者情報
都道府県: 市区町村: 研修者名:
TEL: FAX: 登録メール:
〒: 住所: 研修期間: 研修場所:
2. 受講申込人数: 人
3. 受講者名簿 (相談員 0人 + 事務局 0人)

氏名	生年月日	性別	所属	備考
1 (記入例) 漢中 玲子 ひろなか れいこ S21.4.20 女 相 H28 全 R1 2 回目 その他 大学図書補助員 東京				
2				
3				
4				
5				
6				

4. 連絡事項
研修する項目がある場合は、「し」を記入してください。
受講者の交代 受講者の追加 受講者の取消
研修受講者数 (50名未満の場合は) 研修受講者数
その他 (研修申込に関する内容のみ記載してください)

送付先: 介護サービス相談・地域づくり連絡会 (sodan@net.email.ne.jp) 3/25 と入力すれば令和6年3月25日と表示されます。 締切日: 令和6年3月29日(金)

【都道府県】 令和6年度 介護サービス相談員等 **養成、現任** 研修 申込書 [B]

【都道府県連絡先】 まず都道府県名を入力ください

申請書コード: 申請日: 研修費負担内訳 (該当する欄に記入してください)

都道府県	担当部署名	担当者名	TEL	(内線)	FAX
〒	住所	E-mail			

請求書宛名 (〇〇県知事 等) ※都道府県で研修費をご負担される場合は、必須です

受講市区町村数 合計 0 市区町村 補養成 0 市区町村 養成 0 市区町村 現任 I 0 市区町村

背景色が橙色 の部分は必須項目です。
必須項目に記入漏れがあった場合、お問い合わせ等ができませんので、お手数をおかけいたしますが、入力をお願いします。

通番	市区町村	研修費負担内訳 (該当する欄に記入してください)									備考							
		補養成研修			養成研修			現任研修										
		受講者数 合計	A 都道府県 のみ	B 市区町村 のみ	C 都道府県と市区町 村で分けて負担 都道府県 市区町村	受講者数 合計	A 都道府県 のみ	B 市区町村 のみ	C 都道府県と市区町 村で分けて負担 都道府県 市区町村	受講者数 合計		A 都道府県 のみ	B 市区町村 のみ	C 都道府県と市区町 村で分けて負担 都道府県 市区町村				
総合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1 (記入例) A市		2	2						0					4				
2 (記入例) B市		0					3			1.5	1.5			1				
1		0					0							0				
		0					0							0				
5		0					0							0				
6		0					0							0				

お申込市区町村名を入力下さい。

都道府県のみで研修費をご負担される場合、こちらに人数を入力下さい。

都道府県が研修費の一部をご負担 (市区町村と分けて負担) される場合、それぞれが負担される人数を入力下さい。
※ 研修費の一部のみご負担され、1人分に満たない場合は、C市町村欄に人数を入力し、備考欄に都道府県がご負担される金額を入力願います。
後日、内容を確認させていただく場合があります。