**年度　北海道介護支援専門員実務研修における実習受け入れに関するアンケート**

　　　　年　　月

一般社団法人　北海道介護支援専門員協会（北海道知事による指定法人）

|  |
| --- |
| 介護支援専門員実務研修では居宅介護支援事業所での実習が義務付けられています。このため、道内の居宅介護支援事業所における本年度の実習の受け入れ体制について予め把握をし、受講者と受入事業所のマッチング調整を行いたいと考えております。つきましてはお手数ではございますが、以下の設問にご回答いただきますようお願い申し上げます。なお、本調査でご回答いただいた内容につきましては本研修の運営に限って使用させていただきますほか、北海道に対しても情報提供を行うこととなりますのでご承知おき願います。また、実習受け入れが可能とご回答いただいた事業所には、後日改めてご連絡をさせていただきます。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 回答者職氏名 |  |
| 連絡先 | 住　所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| e-mail |  |

**設問1**

貴事業所では、居宅介護支援費における特定事業所加算の届け出を行っていますか。次のうち該当するものに〇をつけてください。

|  |
| --- |
| １．届け出を行っている（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）　　２．届け出を行っていない |

**設問２**

貴事業所では、北海道介護支援専門員実務研修における実習受け入れ協力事業所の登録の届け出を北海道に行っていますか。次のうち該当するものに〇をつけてください。

|  |
| --- |
| １．届け出を行っている　　２．届け出を行っていない　　３．届け出を行ったかわからない |

**設問３**

貴事業所では、介護支援専門員実務研修の実習生を受け入れることは可能ですか。次のうち該当するものに〇をつけてください。なお、「2．受け入れできない」に〇をつけた場合は、その理由を記入してください。

|  |
| --- |
| １．受け入れできる　　２．受け入れできない⇒（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**設問４**

　貴事業所に主任介護支援専門員は何名いますか。

|  |
| --- |
| 　　　　　　　名 |

\*以下は設問２で「1．受け入れできる」と回答した事業所のみお答えください。

**設問５**

貴事業所で　　　年　　月および　　月の期間に受け入れ可能と思われる実習生の人数を教えてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時　期 | 年　月 | 　月 |
| 人数（名） |  |  |

**設問６**

実習生の受け入れにあたり、ご意見がございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

ご協力いただきありがとうございました。

＊お手数ですが、**年　　月　　日（　）**までにFAXにて北海道介護支援専門員協会あてにご返送ください。

**（FAX　０１１－５９６－０３９４）**