

受付フォームURL ⇒ <https://req.qubo.jp/do-kaigoshien/form/ninteishinki>  
(受講申込期間：5月7日（火）～5月22日（水）まで)



## 令和●年度 認定調査員（新規：第●回）研修受講 受付フォーム

第●回受講：eラーニング実施期間 ⇒ 令和●年●月●日(●)0:00 ～ 令和●年●月●日(●)23:59まで

### 連絡事項

- ①受講定員は350名となります。定員に達した段階で申し込みを締め切りますのでご了承ください。
- ②新たに認定調査に従事する（予定を含む）方を対象とした研修です。資格取得だけを目的とした受講は認めません。
- ③漢字の誤字・生年月日違い等が多発しています。受付と同時に届くメールにて登録した情報の再確認をお願いします。

### 市町村情報 ※受講案内のあった市町村もしくは広域連合を選択する

|       |    |  |                            |
|-------|----|--|----------------------------|
| 市町村情報 | 必須 | 選択してください   | 別紙「市町村コード表」を基にプルダウンで選択します。 |
|       |    | <ul style="list-style-type: none"><li>・あいうえお順</li><li>・広域連合は最後（200番台）にあります</li><li>・別紙「市町村コード表」に記載の3桁のコード（数字）を入力すると該当市町村が素早く選択できます</li></ul> |                            |

### 受講希望者情報

|                       |    |   |   |
|-----------------------|----|---|---|
| メールアドレス               | 必須 | <input type="text"/><br>▼確認のため、再度メールアドレスの入力をお願いします。<br><input type="text"/>   | eラーニング視聴用のID・パスワード等の情報はここで登録したメールアドレスに送信されます。           |
| 氏名（漢字）                | 必須 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>   |   |
| 氏名（フリガナ）              | 必須 | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/><br>・全角カナで入力する   |   |
| 生年（和暦）                | 必須 | 選択してください  | ・次項目「生年月日」入力の事前確認用です                                    |
| 生年月日（西暦）              | 必須 | -- 年 -- 月 -- 日  | ・数字を入力すると素早く選択可能  |
| 所属種別                  | 必須 | <input type="radio"/> 市町村職員 <input type="radio"/> 市町村職員以外<br><input type="radio"/> 市町村関連団体 <input type="text"/><br>・市町村関連団体 ⇒ 市町村が運営する地域包括支援センターなど  |   |
| 介護支援専門員資格取得の基となった主な資格 | 必須 | <input type="radio"/> 介護福祉士 <input type="radio"/> 社会福祉士 <input type="radio"/> 社会福祉主事 <input type="radio"/> ヘルパー1・2級 <input type="radio"/> 作業療法士<br><input type="radio"/> 理学療法士 <input type="radio"/> 柔道整復師 <input type="radio"/> 福祉用具プランナー <input type="radio"/> 訪問介護員 <input type="radio"/> 生活相談員<br><input type="radio"/> 医療相談員 <input type="radio"/> 相談援助業務 <input type="radio"/> 保健師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 准看護師 <input type="radio"/> 歯科衛生士<br><input type="radio"/> 栄養士 <input type="radio"/> (市町村)介護保険部署 <input type="radio"/> (市町村)福祉部署 <input type="radio"/> (市町村)事務員等<br><input type="radio"/> (市町村)会計年度職員 <input type="radio"/> 地域包括支援係<br><input type="radio"/> その他 <input type="text"/> | 介護支援専門員資格取得の基となった主な資格を1つ選択します。<br>(資格を有しない市町村職員等は現職を選択) |

|   |   |
|---|---|
| <p>介護支援専門員資格の有無（資格保持者はNo欄に8桁の登録番号を記載） <b>必須</b></p> | <p> <input type="radio"/> なし(市町村職員)<br/> <input type="radio"/> なし(指定市町村事務受託法人：①該当)<br/> <input type="radio"/> なし(指定市町村事務受託法人：②該当)<br/> <input type="radio"/> No <input type="text"/> </p> <p> <b>介護支援専門員の資格保持者は8桁の登録番号を入力します。</b> </p> <p> <small>・指定市町村事務受託法人で介護支援専門員資格を有しない者は、次のいずれに該当するかを確認の上、選択する</small><br/> <small>①：介護保険法施行規則第113条の2第1号又は第2号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上である者</small><br/> <small>②：認定調査に従事した経験が1年以上である者</small><br/> <small>・介護支援専門員資格保持者は次の項目に介護支援専門員証を添付する欄があるので写しを添付する</small> </p> |
| <p>介護支援専門員証の写しの貼付</p>                               | <p>貼付欄 <input type="button" value="ファイルの選択"/></p> <p> <small>・介護支援専門員資格保持者は写しを添付する</small><br/> <small>・写真、PDF、zipファイルでの添付可能（1添付：5MBまで）</small> </p> <p> <b>このボタンをクリックし、介護支援専門員証の写しを貼り付けてください（写真データ可）</b><br/> <b>※資格を有しない方は貼り付け不要です。</b> </p>  |
| <p>事業所名 <b>必須</b></p>                               | <p><input type="text"/></p> <p><small>・市町村職員の場合は係名まで記入する</small></p>  |
| <p>事業所種別 <b>必須</b></p>                              | <p> <input type="radio"/> 居宅介護支援事業所    <input type="radio"/> 地域密着型介護老人福祉施設    <input type="radio"/> 介護老人福祉施設<br/> <input type="radio"/> 介護老人保健施設    <input type="radio"/> 介護療養型医療施設    <input type="radio"/> 介護医療院    <input type="radio"/> 地域包括支援センター<br/> <input type="radio"/> 指定市町村事務受託法人    <input type="radio"/> 市町村役場<br/> <input type="radio"/> 個人契約等 <input type="text"/> </p>   |
| <p>事業所住所 <b>必須</b></p>                              | <p>〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/></p> <p>都道府県 <input type="text"/></p> <p>市区町村番地 <input type="text"/></p> <p>マンション/ビル名 <input type="text"/></p>  |
| <p>連絡先</p>  | <p>電話番号 <b>必須</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p><small>・半角数字で入力する</small></p>   |
| <p>内線</p>   | <p><input type="text"/></p> <p><small>・内線がある場合のみ記入する</small></p>  |
| <p>FAX番号</p>  | <p>FAX番号 <b>必須</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p> <small>・半角数字で入力する</small><br/> <small>・FAXが無い場合は「000-000-0000」と入力する</small> </p>  |
| <p>委託契約締結市町村名 <b>必須</b></p>                         | <p><input type="text"/></p> <p> <small>・委託契約締結（予定含む）市町村名を記入する</small><br/> <small>・複数市町村名の記載可（記入枠からはみ出ても良い）</small><br/> <small>・市町村職員は認定調査を実施する市町村名を記入する</small> </p>  |
| <p>特記事項</p>   | <p><input type="text"/></p> <p><small>・研修実施機関へ連絡事項がある場合のみ記入する</small></p>   |

## eラーニング視聴用ログインIDとパスワードの準備

eラーニング視聴用のログインIDおよびパスワードの**一部分**に携帯電話番号を利用し、作成します。（他の受講者と重複することが無い数値のため）  
下の枠に携帯電話番号を**ハイフンなし**で入力してください。（数字11桁）

- ※受付完了と同時に送信されるメールにeラーニング視聴用ログインIDとパスワードは記載します。
- ※他の受講者とのID重複を避けるための携帯電話番号の利用であり、連絡用手段としては使用しません。

|                     |  |      |
|---------------------|--|------|
| 携帯電話番号の入力 <b>必須</b> | <input type="text" value="shin"/>                                | shin |
|                     | <small>・ハイフン不要<br/>例) 携帯番号080-1234-5678の場合 ⇒ 08012345678</small> |      |

ハイフンなし、数字11桁で入力します。  
携帯電話をお持ちでない等の方は、他の受講者と重複しないと想定される数字11桁を決めて入力します。

下の緑ボタン「入力内容の確認画面へ」をクリック後、入力内容にエラー項目がある場合は**各項目欄に赤字で「！」**つきのメッセージが表示されます。エラー項目を修正し、もう一度「入力内容の確認画面へ」をクリックしてください。エラー項目がないときは画面が切り替わり、画面上部に「入力内容をご確認ください」と表示されますので、画面下の緑ボタン「送信する」をクリックしてください。

## ※介護支援専門員資格保持者のかたへ 介護支援専門員証の写しの貼り忘れはないかを確認願います。

> 入力内容の確認画面へ



入力が完了し、入力内容にエラーが無いときは画面下に緑色の「送信する」のボタンが表示されます。1箇所でもエラーがある際は「送信する」のボタンは表示されませんので、エラー箇所を修正してください。

上記の内容で間違いなければ [送信する] ボタンを押してください。

> 送信する

送信後、下記画面が表示されたら受付は完了しております。  
下記画面が表示されるのと同時に、eラーニング視聴用のID・パスワード等の重要な情報が記載されたメールが自動発行される仕組みとなっております。  
この画面を閉じる前に**メールが届いているかを必ず確認**願います。

## 令和5年度 認定調査員（新規：第●回）研修受講 受付フォーム

### 【重要】申込受付は完了しました。以下を必ずご確認ください

この画面が表示されたと同時に申込受付は完了し、登録いただいたメールアドレスへ確認メールが届きますので、**この画面を閉じずに**メールの受信を確認願います。  
メール受信がされて無い場合（迷惑メールフォルダー内も確認願います）研修実施機関からのご案内が生じた際のメールも届かなくなりますので、下記問い合わせ先へメールにて確認をお願いします。

※ご登録いただいたメールアドレスに相違が無いかを確認する為にもメールにてお問い合わせください。

お問い合わせの際には

- ① 受付した日時
- ② 氏名
- ③ 事業所
- ④ 「受付完了メールが届かない」

とご記入ください。研修実施機関から1週間以内にご連絡をさせていただきます。

**※受付完了メールが届いていなくても申込受付は完了しています。  
メールが届かない理由での申込再受付は禁止します（重複受付になります）**

【問い合わせ先（研修実施機関）】  
北海道介護支援専門員協会 事務局

メール：nintei\_shinki@do-kaigoshien.jp

メール受信を確認後、下の「閉じる」ボタンで画面を閉じてください。

閉じる