介護支援専門員更新研修受講者（スーパーバイザー）のプロフィール

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 法人名 | |  |
| 事業所名 | | [例]○○居宅介護支援事業所 |
| 氏　　　　名 | |  |
| 資格等 | ケアマネ取得時の基礎資格 | [例)介護福祉士 |
| その他の資格等 | [例]初任者研修（ヘルパー1級） |
| １ | 地域の特性 | | [例]限界集落を有して‥‥等地域の特徴的な部分 |
| ２ | 施設・機関の特徴 | | [例]同一法人で複数の事業を有しており‥‥‥等その事業所の特徴 |
| ３ | 受講者の職名  施設・機関内での役割  ・機能 | | [例]管理者、○○課長等 |
| ４ | 介護支援専門員としての経験（所属・年数） | | [例]施設ケアマネ○○年、グループホームケアマネ○○年等 |
| ５ | 地域ケア会議他地域の会議への参加状況 | | ＊地域ケア会議への参加がない方は「参加なし」とご記入ください。 |

事例を担当した介護支援専門員（スーパーバイジー）の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 |  | 年代 | 歳代 | 経験年数 | 約　　　年位 |
| 法人等（いずれかに○） | | | 法人内同事業所・法人内他事業所・他法人等 | | |
| 事業所名所在地（いずれかに○） | | | 同市同生活圏域・同市他生活圏域・他市・その他 | | |
| 種別 | | | 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所  地域密着型サービス（　　　　　　　　　　　　　　）  施設関係（ 　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 基礎資格〈例：介護福祉士等の資格名記入〉 | | |  | | |

**＊事例を担当された介護支援専門員の方には、スーパービジョン事例の提出について同意を得ていますか？**

**（　　同意を得ている　　・　　同意を得ていない　　）**