

令和2年12月21日

ケアマネあまき会員（正会員）各位

鹿児島県介護支援専門員協議会奄美大島・喜界島支部
支部長 中里浩然

介護認定審査会 委員募集について

標記の件について、奄美大島地区介護保険一部事務組合より委員の推薦依頼がありましたので下記のとおり募集します。

1. 募集人数 介護支援専門員 2名
2. 任 期 令和3年4月1日から令和5年3月31日まで（2年間）
3. 開 催 奄美大島地区介護保険一部事務組合 審査会室（名瀬幸町20-6）
月に2回程度開催、午後6時又は6時半から1時間程度。
事前に郵送される審査会資料（25件程度）の読み込みが必須。
4. 報 酬 1回の参加につき 15,000円
5. 本会の推薦条件 ① 正会員であり会費未納のない方
② やむを得ない場合を除き、審査会を欠席しない方
③ 奄美大島地区介護保険一部事務組合が開催する新任研修を受講できる方。

※新任研修は3月10日か3月19日のどちらかを必ず受講して下さい。

- ★ 応募者多数の場合、支部三役（支部長、副支部長、事務局長）で協議のうえ推薦者を決定します。
認定の仕組みを一人でも多くの介護支援専門員に理解してもらうため、認定審査会委員の未経験者を優先します。また、原則的に2年後の再任は行いません。
- ★ 認定審査会委員には、守秘義務があります。

6. 応募方法 別紙の申し込み用紙に必要事項をご記入のうえ本会事務局までご提出（FAXまたは郵送）ください。
7. 応募締切 FAX・郵送とも、令和3年1月22日（金曜日）必着
8. 推薦決定 推薦者に決定した方には支部事務局からご連絡します。

送信票不要

F A X 6 3 - 2 5 2 1

鹿児島県介護支援専門員協議会奄美大島・喜界島支部 事務局
事務局長 里（奄美市社会福祉協議会笠利支所内）TEL:53-2529

奄美大島地区介護保険一部事務組合介護認定審査会委員推薦申込書

私は、介護認定審査会委員を希望するので申込みます。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな	
会員氏名	
生年月日	
自宅住所	〒
自宅電話・携帯	電話 携帯電話
勤務先名	
勤務先住所	〒
勤務先電話	
介護支援専門員 登録番号	

郵送の場合は

〒894 - 0502 奄美市笠利町大字万屋 1 2 5 5 - 1
奄美市社会福祉協議会笠利支所内
介護支援専門員協議会奄・喜支部事務局 里 宛て

FAX・郵送とも、締め切りは 令和3年1月22日（金曜日）必着