

平成29年度 神戸市地域同行型実地研修 「ケアマネ塾アドバイザー養成フォローアップ研修」募集

1 目的

*ケアマネジメントの実践力を高めるため、地域同行型実地研修におけるアドバイザーを養成する。

2 対象者 申込み時点で、次の(1)から(2)のすべての要件を満たす者

(1) 平成27・28年度にアドバイザー養成研修を受講した者

(2) 地域同行型実地研修（ケアマネ塾）で、受講生の受け入れを検討している方

3 受講者の決定について

申込みFAXを受付後、受講申込書の内容を審査のうえ受講を決定し、事務局から受講受付番号の入った受講受付票をFAXにて返信致します。（1週間を過ぎても受講票届かない場合は恐れいますが、事務局までご連絡ください）

4 定員 30名程度

5 開催日時 平成29年6月10日（土） 13時30分～16時30分

6 会場 神戸市立総合福祉センター 第1・2研修室（中央区橘通3-4-1）

7 講師 神戸市ケアマネジャー連絡会 ケアマネ塾実行委員

8 プログラム 平成27・28年度アドバイザー養成研修の振り返り 実習生を担当する際の準備等

9 受講料 資料代 ￥1,000-（当日受付にてお支払いください）

10 受講申込み・手続き

(1) 申込書受付期間 平成29年5月1日（月）から5月19日（金）必着
※定員になり次第、締め切らせて頂きます。

(2) 申込方法

参加申込書に必要事項をご記入の上事務局までFAXをお送りください。

受講要件を確認の上、折返しこちらから受講受付票をFAX送信させていただきます。

11 研修受講にあたっての留意事項

本研修の趣旨を踏まえ、有意義な研修となるよう研修実施にご協力ください。

- ・原則として欠席・遅刻・早退は厳禁です。
- ・講義開始から15分以上遅刻した場合は、欠席扱いとなります。
- ・講義途中での退出が確認できた場合は、欠席扱いとさせていただきます。
- ・講義中には、携帯電話・パソコンの使用はご遠慮いただきます。

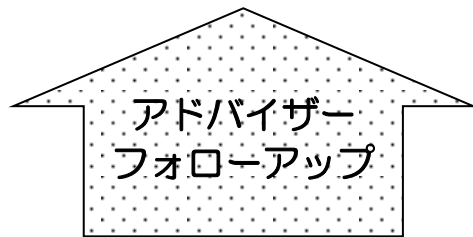
12 問い合わせ先等 一般社団法人神戸市ケアマネジャー連絡会 事務局

業務時間：平日 月・水・金曜日 10時～16時

TEL：362-6222 FAX：362-5277

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

FAX 078-362-5277



締切日 平成29年5月19日 必着

《ケアマネ塾アドバイザー養成フォローアップ研修・参加申込書》

① 個人票（申込者）

フリガナ								介護支援専門員登録番号						
氏名	(男・女)													
所属事業所名														
所属事業所住所	〒 神戸市 区													
日中に連絡がつく電話番号	(携帯・自宅・勤務先)							※修了証の発行						
受講票が受取れるFAX番号	(自宅・勤務先)							・必要 ・不要						
メールアドレス	※PCからのメールが受け取れる													
介護支援専門員資格取得年月日	年			月			日(登録日)							
介護支援専門員基礎資格	※介護支援専門員を受験した時の基礎となる資格													
介護支援専門員の経験年数	※実際にケアマネジャーとして勤務された年数をお書きください													

② 勤務先証明

上記の申込者は本事業所に勤務し、研修への参加を許可する 平成29年 月 日

事業所名													
法人等代表者氏名	(印)												
※申請者が代表者と同じでも記名押印してください													