

# 平成29年度 神戸市自立支援型ケアマネジメント研修

## (神戸市地域包括ケア推進事業)

### 「主任介護支援専門員スキルアップ研修」募集要項

#### 1. 目的

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得し、介護支援専門員の育成や支援に力を発揮するスキルを身につけることを目的に実施します。

2. 実施主体 一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会（神戸市より研修運営を委託）

3. 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) 神戸市内の事業所に勤務している
- (2) 主任介護支援専門員研修を終了している

4. 定員 200名

5. 開催日時 平成29年9月15日（金） 13:30～16:30

6. 会場 のじぎく会館 大ホール 中央区山本通4-22-15

7. 講師 日本ケアマネジメント学会 副理事長 白木 裕子 氏

#### 8. プログラム

自立支援型ケアマネジメントの目的・効果・重要性などを学び、実践にむけた相談・助言・指導の仕方を学ぶ  
自立支援型ケアマネジメントの展開と支援者支援の視点を学ぶ

9. 受講料 1,000円

10. 申込受付期間 平成29年8月1日（木）から8月31日（木）必着（期間厳守）

※受付期間中でも定員になり次第、締め切らせて頂きます

11. 申込方法 (1)(2) いずれかお選びください

(1) 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

(2) メール（添付書類の印刷できる）にて必要事項をご記入の上

info@kobe-caremane.net までお送りください

① 必ず、件名に「主任スキルアップ」とお書きください

② 氏名・フリガナ・介護支援専門員番号・事業所名・住所・日中連絡のつく電話番号・  
FAX番号（参加申込書の全部の内容）

#### 12. 受講決定について

申込のFAXもしくはメールを受付後、申込内容を審査の上受講を決定し、事務局から**受講番号の入った受講票**をFAXもしくはメールの添付にて返信いたします（1週間～10日程度）参加費のお振込みをもって受講決定とさせていただきます

※定員に満たない場合は、受講要件を満たす申込者全員に対し受講決定を行います

13. 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

- ・ 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
- ・ 研修実施に影響のある状況が見受けられた場合には、受講を取りやめていただく場合があります

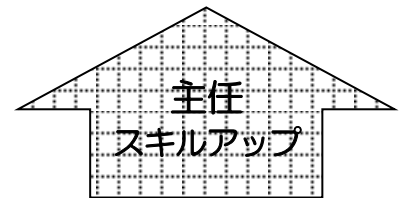
14. 修了証発行について

受講された方には、「修了証」及び兵庫県介護支援専門員協会認定シール（カテゴリーB 3.0 単位）の発行を予定しております

以上

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

F A X 362-5277



締切日 8月31日締切

《主任介護支援専門員スキルアップ研修・参加申込書》

フリガナ	介護支援専門員登録番号						
氏名							
事業所名							
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)			※受講動機をお聞かせください			
受講票が受取れるFAX番号	(自宅 ・ 勤務先)						

15. 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：月・水・金曜日 10時～16時

TEL：078-362-6222