

令和2年度 神戸市自立支援型ケアマネジメント研修 募集要項

1. 日 程

日程	講義内容 / 講師	会場
10月15日(木) 13:30-16:30	介護支援専門員主任スキルアップ研修	神戸市 医師会館
	花園大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授 福富昌城氏	
10月16日(金) 13:30-16:30	介護支援専門員スキルアップ研修	神戸市 医師会館
	山口大学大学院 医学系研究科 教授 山根敏恵氏	
11月27日(金) 10:30-12:30	自立支援型基礎研修2日間 1日目 午前	神戸市 立総合 福祉セ ンター
	神戸市ケアマネジャー連絡会 講師	
11月27日(金) 13:30-16:30	自立支援型基礎研修2日間 1日目 午後	
	神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科 緩和ケアチーム 特定助教 坂下明大氏	
12月10日(木) 10:30-12:30	自立支援型基礎研修2日間 2日目 午前	
	ホームホスピス 関本クリニック 理事長 関本雅子氏	
12月10日(木) 13:30-16:30	自立支援型基礎研修2日間 2日目 午後	
	神戸市ケアマネジャー連絡会 講師	

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

神戸市内の事業所に勤務している者（但し、主任スキルアップ研修については主任介護支援専門員を持っている方に限ります）

4. 定 員 神戸市医師会館：70名 神戸市立総合福祉センター：30名（先着順）

自立支援型基礎研修2日間については ZOOM ミーティングでの参加も可能です。申込時に☑してください。（限定50名）

5. 会 場 神戸市医師会館 4階 市民ホール（中央区橋通 4-1-20）

神戸市立総合福祉センター 4階第5会議室（中央区橋通 3-4-1）

但し、新型コロナウイルス感染拡大が見られた場合に限り、全ての研修を ZOOM ミーティングで開催する場合があります。

6. 受講料 参加費は無料

ただし、テキスト及び郵送等実費負担分 1,000円（当日徴収）

7. 受講申込み・手続き

(1) 申込書受付期間

令和2年9月1日(火)～令和2年9月30(水)

(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。

(3) 受講証明書発行、認定シールについて

① 主任更新研修に必要な「受講証明書」を発行します。

参加申込書のお名前欄の「主任更新研修用受講証明書(必要・不要)」に必ず、○をつけてください。

※ 後日「受講証明書」を郵送いたします。

※ 今年度は試験的運用につき、ZOOM参加の場合「受講証明書」の発行を見合わせております。ご了承ください。

② 兵庫県介護支援専門員協会からの認定シールの発行をします。

11. 研修受講にあたっての留意事項

(1) 申込書にご記入頂きました個人情報研修会以外の目的では使用いたしません。

(2) 受講に当たり、必ず勤務先からの承諾を頂いてください。

(3) ZOOM ミーティングが受講できるメールアドレスを必ず参加申込書にご記入ください。

(4) 申し込み後、キャンセルされる場合は、お手数ですが事務局までご連絡ください。

(5) 参加申込書をFAX後、受講票が届かない場合は事務局までご連絡ください。

(6) 本研修の目的を踏まえ、有意義な研修となるよう研修実施にご協力ください。

(7) 原則として欠席・遅刻・早退は厳禁です。

(8) 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。

(9) 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。

(10) 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。

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

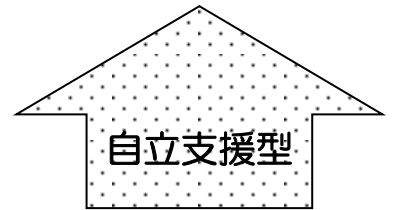
12. 問い合わせ先

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 FAX：078-362-5277

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行
FAX 078-362-5277



締切日 9月30日(水) 必着

《神戸市自立支援型ケアマネジメント研修・参加申込書》

事業所名									
事業区分	・居宅支援事業所 ・施設ケアマネジャー ・小規模多機能 ・グループホーム ・あんしんすこやかセンター ・他()								
住 所	〒								
受講票が受け取れるFAX番号									
日中連絡の付く電話番号									
Zoom 利用可能なメールアドレス									
フリガナ				介護支援専門員登録番号					
氏 名	主任更新研修に必要な受講証明書(必要 ・ 不要)								

開催日	研 修 名	お申し込みの研修の英字に ○をご記入ください
10月15日(木)	主任介護支援専門員スキルアップ研修	S
10月16日(金)	介護支援専門員スキルアップ研修	K
11月27日(金) 12月10日(木)	自立支援型基礎研修2日間	G (ZOOMを希望 <input type="checkbox"/>)

- ※ 申込書にご記入頂きました個人情報には研修会以外の目的では使用いたしません。
- ※ 申し込み後、キャンセルされる場合は、お手数ですが事務局までご連絡ください。
- ※ 但し、新型コロナウイルス感染拡大が見られた場合に限り、全ての研修をZoomミーティングで開催する場合があります。ご了承ください。
- ※ 参加申込書をFAX後、受講票が届かない場合は事務局までご連絡ください。

問い合わせ先：一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会 事務局

メールアドレス： info@kobe-caremane.net

電話：362-6222

業務時間：平日 月・水・金 10時～16時