

兵 老 健 第 7 7 号
令 和 元 年 9 月 2 5 日

会 員 各 位

一般社団法人 兵庫県介護老人保健施設協会
会 長 森 村 安 史
学術・研修委員会
委 員 長 有 本 雅 子
(公 印 省 略)

平成 31 年度 ケアマネジャー部会研修会の開催について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、協会運営に格別のご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、本年度事業として総会で承認されております標記研修会を、下記により開催いたします。何かとご多忙とは存じますが、貴管下職員の研修会参加につきまして、格別のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

なお、標記研修は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件となる受講証明書発行対象の研修及び兵庫県介護支援専門員協会の研修単位認定対象研修となっておりますこと申し添えます。

末筆ながら、貴施設のますますのご隆昌を祈念しご案内といたします。

記

1. 日 時 令和元年 11 月 1 日 (金) 10 : 00 ~ 16 : 30 (受付は 9 : 30 ~)
2. 場 所 兵庫県立のじぎく会館 3F 「大ホール」
神戸市中央区山本通 4 丁目 22-15 (TEL : 078-242-5355)
3. 研修テーマ 老人保健施設のケアマネジメントを考える
～ 利用者理解の視点とエンパワメント支援 ～
4. 内 容 講 義 ・ 演 習 等
講師：福井県立大学看護福祉学部社会福祉学科 教授 奥西栄介氏
5. 参加費 3, 0 0 0 円 (資料代、昼食代等を含む)
当日、会場にて徴収いたします。
6. 参加申込 別紙(1)参加申込書により、**10 月 25 日(金)までに事務局宛に F A X**にてお申し込み下さい。※ 会場へは、公共交通機関をご利用ください。
7. 受講証明書発行にあたっての留意事項
 - ・ 講義開始から15分以上遅刻、早退、離席した場合は、証明書の発行はいたしません。
 - ・ 研修当日及び研修終了後にお申出いただいても、発行いたしません。
8. 個人情報について
お申込者の個人情報は、当研修会関係以外の目的には使用いたしません。

以 上

平成31年度 ケアマネジャー部会研修会 参加申込書

【参加申込締切日：10月25日(金) 必着】

| 施設名 | 施設番号 () | | | | |
|--|----------|--------------------------------------|-----|---------------|-------------------------|
| 申込責任者 | 職名： | | 氏名： | | |
| いずれかを○で示して下さい | | | | | |
| 1. 下記のとおり () 名参加する | | | | | |
| 2. 参加できない | | | | | |
| 参加者名簿 | | | | | |
| 役職名 | 職名 | 氏名 (介護支援専門員登録番号) | 性別 | ケアマネの 経験年数 | 専任 or 兼務 (○で囲ってください) |
| | | ふりがな： | | 年 | 専任 ・ 兼務 |
| ※ 研修受講証明書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | ※ 証明書発行希望者のみ登録番号を()内に記入ください。 () | | | |
| | | ふりがな： | | 年 | 専任 ・ 兼務 |
| ※ 研修受講証明書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | ※ 証明書発行希望者のみ登録番号を()内に記入ください。 () | | | |
| | | ふりがな： | | 年 | 専任 ・ 兼務 |
| ※ 研修受講証明書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | ※ 証明書発行希望者のみ登録番号を()内に記入ください。 () | | | |

※ 施設番号は「老健ひょうご第41号」の会員施設支部別表 p13～14 をご参照ください。

※ 受講証明書を希望する方のみ、氏名欄下の () 内に介護支援専門員登録番号を記入ください。