

平成29年度 神戸市地域同行型実地研修

「ケアマネ塾」アドバイザー養成研修募集要項

1 目的

- * 特定事業所加算の要件にあるケアマネジャー実務研修における実習受け入れができる人材を養成する。
- * ケアマネジメント経験3年未満の方へ実践力を高めるため、地域同行型実施研修等のサポーター及びアドバイザーを養成する。

2 実施主体

一般社団法人 神戸市ケアマネジャー連絡会

3 対象者 申込み時点で、次の(1).(2)の要件を満たす者

- (1) 神戸市内の事業所に勤務している主任介護支援専門員
- (2) 平成29年9月15日実施の神戸市自立支援型ケアマネジメント研修「主任介護支援専門員スキルアップ研修」受講者

4 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。(2週間を過ぎても受講票が届かない場合は恐れいりますが、事務局までご連絡ください)

*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。

5 定員 30名

6 開催日時	【1日目】	平成30年1月13日(土)	10:30~16:30
	【2日目】	平成30年2月10日(土)	10:30~16:30
	【3日目】	平成30年3月10日(土)	10:30~16:30

7 会場 【全日】 神戸市立総合福祉センター 第5会議室

8 講師 【全日】 神戸市ケアマネジャー連絡会 ケアマネ塾実行委員

9 プログラム 【1日目】 *ケアマネ塾(地域同行型実地研修)の説明
*スーパービジョンの理解

【2日目】 *ケアマネジメントプロセスの確認
*医療連携の実際
*同行実習に関する理解

【3日目】 *ケアマネジメントプロセスの確認・演習
*スーパービジョンの理解・演習

10 受講料 3日間通し ￥12,000-

11 受講申込み・手続き

(1) 申込書受付期間 平成29年9月15日(土)から11月30日(木)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

(3) 受講決定について

振込の確認をもって受講決定とさせていただきます。なお、期日までにお振り込み頂けない場合は、キャンセルとさせていただきます。

(4) 修了証発行について

3日間すべて受講された方には、「修了証」を発行いたします。

12 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。
- 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。
- この研修は、兵庫県介護支援専門員協会の主任介護支援専門員更新研修の対象です。

13 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：362-6222 FAX：362-5277

以上

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

FAX 362-5277



締切日 平成29年11月30日 必着

「ケアマネ塾」アドバイザー養成研修・参加申込書

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)															
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)								※事業区分 ・あんしんすこやかセンター ・居宅支援事業所 ・施設ケアマネジャー ・その他							
受講票が受取れるFAX番号	(自宅・勤務先)															
介護支援専門員資格取得年月	① 介護支援専門員取得				年		月		② 主任介護支援専門員取得				年		月	
基礎資格	※介護支援専門員を受験した資格															

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															
所在地	〒 神戸市 区														
法人等代表者氏名	(印)														
※申請者が代表者と同じでも記入押印してください															