

平成27年度チームケア推進リーダー養成研修 受講申込書

1. 申込事業所(現在、勤務していない方は、事業所名は「なし」、所在地は空欄としてください。)

事業所名			
事業所所在地	〒		
	□払込票送付先		
自宅住所	〒		
	□払込票送付先		
電話番号	(自宅・事業所・携帯)	FAX番号	
事業所種別 (いずれかの番号を○)	1. 居宅介護支援事業所	2. 地域包括支援センター	3. その他

※ 電話番号には自宅・事業所・携帯のいずれかに○をつけ、屋間連絡が取れる番号をご記入ください。
 ※ 払込票送付先は、自宅又は事業所のいずれかにチェックを入れてください。

2. 受講申込希望者

*下の枠内はすべてご記入ください。

氏名	(フリガナ)	介護支援専門員登録番号 ※(ア)							
		登 録 県							
		生 年 月 日	年	月	日				
	印	介護支援専門員実務経験	年	ヶ月					
		主任介護支援専門員研修修了年月日 ※(イ)	年	月	日				

3. 受講決定の判定基準となる対象研修等の受講状況について

兵庫県介護支援専門員協会認定 基礎研修課程修了の状況 ※(ウ)	修 了 済 ・ 未 修 了
兵庫県介護支援専門員協会主催 指導者養成研修課程修了の状況 ※(エ)	修了済(1期 ・ 2期 ・ 3期 ・ 4期) ・ 未修了
地域包括ケア推進指導者養成研修 受講の状況 ※(オ)	修 了 済 ・ 未 修 了
在宅医療地域リーダー研修受講の状況 ※(カ)	修 了 済 ・ 未 修 了
職能団体等の役職について ※(キ)	

【留意事項】

- ※ (ア)兵庫県で介護支援専門員の初回登録をした方は、28 から始まる8桁の介護支援専門員登録番号をご記入ください。
- ※ (イ)主任介護支援専門員研修の修了年月日を記載するとともに、主任介護支援専門員研修修了証明書の写しを添付してください。
- ※ (ウ)平成13年度より兵庫県介護支援専門員協会が付与する認定単位を取得し、所定の手続きを経て基礎研修課程修了認定を受けたもの。
- ※ (エ)平成18年度より兵庫県介護支援専門員協会が開催した指導者養成研修課程の修了について年次ごとに○印を記入すること。
- ※ (オ)中央またはブロックで開催された地域包括ケア推進指導者養成研修の受講の有無について記載すること。
- ※ (カ)平成24年度に兵庫県、平成25年度に兵庫県看護協会が開催した在宅医療地域リーダー研修の受講の有無について記載すること。
- ※ (キ)これまでの職能団体等の役職等の社会活動があればご記入ください。

レポート課題(①②いずれかを選択下さい)

- ① 「終末期におけるケアマネジャーの役割」
- ② 「地域でチームケアをすすめるためにリーダーに求められるものは何か？」

800字～1000字厳守 A4用紙 1枚程度