

# 平成27年度 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

\*ケアマネジメントの実践力を高めるため、地域同行型実地研修における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)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主任介護支援専門員

(2) 平成28年1月6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」受講申込者

### 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。(1週間を過ぎても受講票届かない場合は恐れいますが、事務局までご連絡ください)

### 5 定員 30名

6 開催日時 【1日目】 平成28年3月 5日(土) 10時00分~16時00分

【2日目】 平成28年3月19日(土) 10時00分~16時00分

7 会場 【両日共】 あすてっぴ KOBЕ セミナー室1

神戸市中央区橘通3丁目4番2号

8 講師 【1日目】 日本ケアマネジメント学会 白木裕子氏

【2日目】 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

10 受講料 会 員 2日間で ￥9,000-  
非会員 2日間で ￥18,000-

※会員とは兵庫県介護支援専門員協会（神戸支部）・神戸市ケアマネジャー連絡会  
に所属しているもの

#### 11 受講申込み・手続き

(1) 申込書受付期間 平成27年11月2日（月）から11月30日（月）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。

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) 入金方法

受講受付票が届きましたら、郵便局から「払込取扱票」に必要事項と、通信欄に受付番号  
(返信されたFAXのお名前の横に記載されている)をご記入の上、お振り込みください。

手数料は各自ご負担ください。

事業所でまとめられる場合は、全員の名前と番号を記載してください。

受講受付票に記載されている、振込み期限までにご入金ください。

尚、お振込みいただいた参加費はお返しできません。

※申し込み受付け後、当日不参加の方には資料の送付をさせていただきます。

※お申し込み後キャンセルされる方は、お手数ですが事務局までご連絡ください。

#### (4) 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。

(5) 修了証発行について

2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。

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

払込取扱票 記入見本

00		払込取扱票		金額	
口座記号		口座番号 (右詰めで記入)		千	百
0	0	9	2	0	5
加入者名				金額	備考
神戸市ケアマネジャー連絡会					
平成 27 年度ケアマネ塾アドバイザー研修 参加費					
受講票番号 <b>A-00</b>					
郵便番号					
神戸市〇〇区 * * * 〇-〇-〇					
事業所名					
氏名					
日附印					
(ご連絡先電話番号 078-000-9999)					

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)  
これより下部には何も記入しないでください。

振替払込請求書兼受領証

口座記号	※	0	0	9	2	0	※	5
口座記号番号	※	1 7 4 1 3						
加入者名	※ 神戸市ケアマネジャー連絡会							
金額	千	百	十	万	千	百	十	円
おなまえ	事業所名 氏名 様							
ご依頼人	日附印							
料金	円							
備考								

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。切り取らないでお出しく下さい。

この受領証は、大切に保管してください。

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

FAX 078-362-5277

締切日 平成27年11月30日 必着



《ケアマネ塾アドバイザー研修・参加申込書》

ふりがな		記入日	
氏名		年	月 日現在
生年月日 西暦 年 月 日生(満 歳)		性別(どちらか○印) 男 ・ 女	
会員区分(どちらか○印)	会員(会員番号 )・ 非会員		
所属事業所名			
所属事業所住所 〒 神戸市 区			
電話番号	ファクス番号 ※必ず受講票が受信できる番号をお書きください		
◆基礎資格について教えてください(いずれか1つに○印) 1. 介護福祉士      2. ホームヘルパー      3. 看護師(准看護師含) 4. 保健師          5. 社会福祉士          6. 社会福祉主事 7. 薬剤師          8. 栄養士              9. 歯科衛生士 10. 鍼灸師・柔道整復師      11. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 12. その他( )			
◆介護支援専門員としての経験年数 (通算の経験年数をお書き下さい)			
◆該当する方に✓をお付け下さい(件数は数時をご記入ください)			
◆現在の勤務形態	<input type="checkbox"/> 事業所に一人勤務 <input type="checkbox"/> 事業所に複数CMが勤務		
◆現在担当しているケアプラン (10月末時点)	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画 (約 件) <input type="checkbox"/> 介護サービス計画 (約 件)		
◆アドバイザー研修に応募した理由やきっかけ、また受講にあたってのご希望等をお書き下さい			