

# 平成30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フォローアップ研修」募集

## 1 目的

＊ケアマネ塾アドバイザーとしてのケアマネジメントの視点や支援方法を明確化し、地域同行型実地研修における実践力を高める。

## 2 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) 平成27・28・29年度にアドバイザー養成研修を受講した者
- (2) 地域同行型実地研修（ケアマネ塾）で、受講生の受け入れを検討している者

## 3 定員 30名程度

## 4 開催日時 **平成30年6月9日(土) 13時30分～16時30分**

## 5 会場 神戸市立総合福祉センター 第1・2研修室（中央区橋通3-4-1）

## 6 プログラム 平成27・28・29年度アドバイザー養成研修の振り返り サポーター・アドバイザーを担当する際の準備等

## 7 講師 神戸市ケアマネジャー連絡会 ケアマネ塾実行委員

## 8 受講料 資料代 ￥1,000-（受講票到着後、郵便局よりお振込みください）

## 9 受講申込み・手続き

- (1) 申込書受付期間 平成30年5月1日（火）から5月25日（金）必着  
※定員になり次第、締め切らせて頂きます。

### (2) 申込方法と受講票について

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。

※1週間を過ぎてても受講票が届かない場合は恐れ入りますが、事務局までご連絡をください。

## 10 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。
- ・講義途中での退出を確認した場合は、欠席扱いとさせていただきます。
- ・講義中は、携帯電話・パソコンの使用はご遠慮いただきます。

## 11 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：平日 月・水・金曜日 10時～16時 ☎ 078-362-6222



締切日 平成30年5月25日 必着

《ケアマネ塾アドバイザー養成フォローアップ研修・参加申込書》

① 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 ）							
所属事業所名								
所属事業所住所	〒 神戸市 区							
メールアドレス	※PCからのメールが受け取れる							
日中に連絡がつく電話番号	（携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先）							
受講票が受取れるFAX番号	（自宅 ・ 勤務先）							
主任介護支援専門員 研修受講証明書の発行	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※必ずチェックをお願いします。チェックが無い場合は、希望しないものとして、証明書は発行しません。研修当日及び研修終了後にお申出いただいても、発行できかねます。							

② 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30年 月 日

事業所名	
法人等代表者 氏名	（印）
※申請者が代表者と同じでも記名押印してください	

※申込書にご記入いただいた個人情報は、本研修以外の目的では使用いたしません。

※申込み後、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。

※一旦お支払い頂いた受講料はお返しできませんので、ご了承ください。