

令和元年度 神戸市地域同行型実地研修 「アドバイザー養成研修フォローアップ」研修のご案内

1. 目的 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
2. 対象者 平成31年度にアドバイザー養成研修終了された方で、
 - ① 7月20日(土)から始まる「神戸市介護支援専門員地域同行型実地研修」の実習担当と一緒に受講生へのアドバイザーとしてご協力頂ける方
 - ② アドバイザー養成研修の復習を希望される方
3. 開催日時 平成31年6月22日(土) 10時00分～12時00分
4. 会場 神戸市立総合福祉センター 第1・2研修室(中央区橘通3-4-1)
5. 講師 船江孝志氏 (神港園シルビアホーム 施設長)
6. 内容 実習担当者、副実習担当者へのアセスメントチェック指導
7. 持ち物 アドバイザー養成研修時にお渡しした黄色いファイル
8. 受講料 1,000円 (主任更新研修受講証明書対象研修予定)
9. 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
 TEL：362-6222 FAX：362-5277

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行 FAX 078-362-5277
 締切日 令和元年6月10日 必着

《ケアマネ塾フォローアップ研修・参加申込書》

フリガナ		介護支援専門員登録番号										
氏名	(男 ・ 女)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
所属事業所名												
所属事業所住所	〒 神戸市 区											
日中に連絡がつく電話番号	(携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先)	受講証明書発行/ ※希望しない ※希望する										