一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会

医療と介護の連携研修（兵庫県補助事業）募集要綱

1　目　的

医療と介護の連携において重要な役割を担う介護支援専門員に対し、医療ニーズの高い利用者に寄り添い、支援を行うために必要な医療知識の習得及び医療関係機関との連携促進のための研修会を行う。

2　研修受講資格

主任介護支援専門員及び介護支援専門員
その他、福祉・医療の関係職種

3　定　員　　① 神戸会場：１５０名　　② 尼崎会場：１５０名　　③ 明石会場：１５０名

4　研修日程　（全２日間）

①　神戸会場（両日とも、受付開始９：００～）

実　施　日　程			研　修　会　場
１日目	平成27年11月 11日（水）	9:20～16:45	兵庫県立のじぎく会館　大ホール
２日目	11月 12日（木）	9:30～16:45	神戸市中央区山本通４－22－15

②　尼崎会場（両日とも、受付開始９：００～）

実　施　日　程			研　修　会　場
１日目	平成27年11月25日（水）	9:20～16:45	尼崎市中小企業センター　多目的ホール
２日目	11月26日（木）	9:30～16:45	尼崎市昭和通２丁目６－68

③　明石会場（両日とも、受付開始９：００～）

実　施　日　程			研　修　会　場
１日目	平成27年12月２日（水）	9:20～16:45	明石市立産業交流センター　多目的ホール
２日目	12月３日（木）	9:30～16:45	明石市大久保町ゆりのき通１－４－７

5　研修カリキュラム　　別紙カリキュラムをご参照下さい。

6　受講料　　**２日間　　６，０００円（ 税込　　６，４８０円 ）**

一旦納入された受講料は、理由の如何を問わずお返し出来ませんのでご了解下さい。

7　申込締切　　**平成２７年　10月31日（土）必着**

8　申込方法

裏面「医療と介護の連携研修受講申込書」に必要事項を記入、押印の上、ＦＡＸ又は郵送にてお申し込み下さい。先着順で受付後、参加払い込み票をお送りしますので、期日までにお振込み下さい。お振込みがない場合は、キャンセル扱いとさせていただきます。

9　その他

(1)　医療と介護の連携研修受講申込書に記載された個人情報につきましては、兵庫県介護支援専門員協会「個人情報管理規程」に基づき適切に管理し、無断で第三者に提供することはありません。
(2)　研修会場には駐車場がありませんので公共交通機関でお越し下さい。また、食事は各自でご準備下さい。
(3)　申込者以外の方の受講は認められません。

１０　申込書送付先及び問合せ先

〒651-0062　神戸市中央区坂口通2-1-1　兵庫県福祉センター５階
一般社団法人　兵庫県介護支援専門員協会　事務局
TEL　０７８－２２１－４１０２
FAX　０７８－２２１－４１２２

一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会 宛

FAX 078-221-4122

医療と介護の連携研修　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 （いづれかの番号を〇）	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・携帯のいずれかに〇をつけ、昼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

フリガナ		介護支援専門員資格の有無	有　・　無
氏　名		介護支援専門員登録番号※	□□□□□□□□
		介護支援専門員実務経験 （平成27年10月31日時点）	年　ヶ月
性　別	男　・　女	生　年　月　日	年　月　日

※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

３．受講希望日（第１希望日から第２希望日に〇印をお付けください）

研　修　会　場	研　修　日　程	第1希望	第2希望
兵庫県立のじぎく会館	平成27年11月11日（水）12日（木）		
尼崎市中小企業センター	平成27年11月25日（水）26日（木）		
明石市立産業交流センター	平成27年12月 2日（水） 3日（木）		

※受講日は必ずしもご希望に添えない場合があります。

申込期限　平成27年10月31日