

平成 29 年度 実務研修実習指導者養成研修

～介護支援専門員実務研修実習における主任介護支援専門員の役割と視点～

【この研修の目的】

平成 28 年度介護支援専門員の研修カリキュラムの変更に伴い、介護支援専門員実務研修において、居宅介護支援事業所で行う「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」が必須項目となっております。

本県においては、実習受け入れ先として、指導体制が整っている特定事業所加算取得事業所に、広島県社会福祉協議会が委託して実習実施を予定しております（広社協発第 650 号 広島県介護支援専門員実務研修実習に係る受入協力等の依頼）。

本研修では、実習受け入れ担当者となる主任介護支援専門員を対象に、ケアマネジメントプロセスの再確認と実習受け入れ時の指導方法や注意点について確認いただきたく企画いたしました。

【 実 施 要 綱 】

◆日時・会場 ※各会場、各部とも同じ内容です。いずれかをご選択ください。

福山会場

日時：平成 29（2017）年 9 月 25 日（月）①午前の部 10：00～12：00（受付開始 9：30～）
②午後の部 13：00～15：00（受付開始 12：30～）

会場：福山市生涯学習プラザ 4F 大会議室（福山市霞町一丁目 10 番 1 号）

広島会場

日時：平成 29（2017）年 9 月 28 日（木）③午前の部 10：00～12：00（受付開始 9：30～）
④午後の部 13：00～15：00（受付開始 12：30～）

会場：広島県健康福祉センター 8F 大研修室（広島市南区皆実町 1-6-29）

◆研修内容・講師（予定）

①「実務研修実習の指導内容について」：介護支援専門員指導者（本会実習体制検討WG）

②「実習受け入れに伴う事務手続きについて」：

（社福）広島県社会福祉協議会 社会福祉研修センター職員

◆対象者：特定事業所加算取得（予定を含む）居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員

※実習受け入れ先の事業所は、少なくとも必ずお一人はご受講ください。

※昨年受講された方も必ずご受講ください。

◆定員：150名ずつ（各会場、各部とも）計600名

定員を超過した場合は、会場（日程）・部（時間）の変更をお願いする場合がございます。

※優先順位：①当会の会員（平成 29 年度会費納入済みの方）、②先着の順で優先いたします。

◆お申込方法・締切・参加申込書

次の申込書に必要事項を記載の上、FAXまたは郵送により 9/8（金）の正午までにお申込みください。

* 定員超過によりお断りする場合、ご連絡いたします。

* 研修が近づきましたら研修受講カードを送付いたします。

* 研修をキャンセルされる場合、資料は郵送出来かねますので事前にご了承ください。

◆生涯学習制度：B-1-2（1単位） *生涯学習シート配布予定

◆主任介護支援専門員更新研修の受講要件②に該当する研修：該当する

◆参加費：無料 ※広島県地域医療介護総合確保事業による（予定）

FAX送信票（送付状は不要）

FAX：082-250-8133

一般社団法人広島県介護支援専門員協会宛

【郵送の場合：〒734-0007 広島市南区皆実町 1-6-29 一般社団法人広島県介護支援専門員協会宛】

研修会名：『平成 29 年度 実務研修実習指導者養成研修』

参加申込書【締切：9/8（金）正午（12時）】

※太枠の部分に未記入がある場合及び締切日時を過ぎたお申込は受付いたしかねますので、ご注意ください。

介護支援専門員 登録番号			介護支援専門員有効期間満了日	
			平成	年 月 日
フリガナ			主任介護支援専門員研修 受講年度	
ご氏名			平成	年度
当会の会員区分	正会員・特別会員・賛助会員・一般・不明 新規入会希望(H29年度～) ※新規入会申込書をご提出ください。入会金・年会費のお支払いをもって正会員となります。			
当会の会員番号				
受講希望会場・部 (希望に○をご記入)	福山会場(9/25)※午前か午後どちらかを○		広島会場(9/28)※午前か午後どちらかを○	
	①午前の部 (10:00～12:00)		③午前の部 (10:00～12:00)	
	②午後の部 (13:00～15:00)		④午後の部 (13:00～15:00)	
受講カード送付先 (どちらかに○をご記入)	自宅 ・ 勤務先			
ご自宅の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒 —			
	TEL:		FAX:	
	携帯電話:			
勤務先名称	(介護保険事業者番号:) ※次の項目の内、該当する箇所に☑をつけてください。 ☑がない場合は、受講できませんので、ご注意願います。 (<input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅰ ・ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅱ ・ <input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅲ ・ <input type="checkbox"/> 今後、特定事業所加算を取得予定)			
勤務先の連絡先 (住所・TEL・FAX)	〒			
	TEL:		FAX:	
※個人情報の同意について (同意の上チェック)	<input type="checkbox"/> 次の「個人情報のお取り扱いについて」に同意して申し込みます。 (↑ご同意いただける場合は□に必ず☑印をご記入の上、お申し込みください。 ご同意いただけない場合は、お申込はお受けできませんのでご了承下さい。) ※【個人情報のお取り扱いについて】 お申込みの際にご提出いただいた個人情報につきましては、連絡のためや当会の会員・ 受講履歴管理システムへの登録のために使用致します。当会以外の者が使用することおよび第三者への提供はいたしません。			

◆主催・お問い合わせ先 一般社団法人広島県介護支援専門員協会

〒734-0007 広島市南区皆実町 1-6-29 (広島県健康福祉センター7F)

TEL:082-555-1450 FAX:082-250-8133 メール:info@hcma.or.jp HP:http://www.hcma.or.jp/

(*当会記入欄)

受付年月日:

受付番号: