

平成25年度介護予防支援従事者研修開催要項

- 1 目的 介護予防支援事業所において介護予防支援の業務に従事する介護支援専門員等が、介護予防支援計画を作成できるよう必要な知識の習得及び技能の向上を図り、もって適切な介護予防支援の提供を確保することを目的とします。
- 2 実施主体 特定非営利活動法人秋田県介護支援専門員協会
(秋田県健康福祉部長寿社会課より事業受託)
- 3 日程 平成25年9月27日(金) 10時30分～16時00分
- 4 会場 秋田県社会福祉会館 10階 大会議室
2階 展示ホール
※駐車スペースに限りがございますので、公共交通機関での来場に御協力ください。
- 5 対象 介護予防支援事業所において介護予防支援業務に従事する者及び指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員とします。
- 6 内容((予定))
 - 10:40 行政説明(大会議室・全員)
 - 11:10 事例説明(大会議室・全員)
 - 12:00 昼食・休憩
 - 13:00 グループ演習(2年未満:10階大会議室、2年以上:2階展示ホール)
 - 15:00 休憩
 - 15:15 課題の共有・情報交換
 - 16:00 終了
- 7 昼食について 弁当の注文を承ります。希望者は申込用紙に記入願います。
弁当 600円(当日受付にて徴収いたします)
- 8 申込 別紙様式により、必要事項を御記入のうえ、平成25年9月13日(金)までに各事業所で(地域包括支援センターのとりまとめはいりません。)お申し込みください。
介護予防支援業務年数 ① 2年未満
② 2年以上
午後のグループ演習を分けますので、必ず上記の番号を記載願います。
なお、申込者多数の場合は、受講者を調整させていただきます。調整が必要な場合のみ受講者あてに連絡いたします。受講決定通知等は出しませんので、連絡がない場合は、受講決定したと理解願います。
- 9 【問合せ先】
秋田県介護支援専門員協会事務局(秋田県社会福祉協議会 施設経営・団体支援担当) 横山
〒010-0922 秋田市旭北栄町1-5 TEL 018-864-2715 FAX 018-864-2702

(申込様式)

秋田県介護支援専門員協会事務局 横山 行

【FAX】018-864-2702

(送信状は不要です) 申込み期限9月13日(金) 厳守

平成25年度介護予防支援従事者研修受講申込書

(連絡先) 包括・支援センター名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

	所属	フリガナ	介護支援専門員 登録番号	経験年数 ①2年未満 ②2年以上	昼食希望 (希望する 場合は○ を)
		氏名			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

※介護支援専門員登録番号欄は、秋田県に登録している場合のみ記入してください。

※開催要領「8」より①、②の経験年数を必ず記入してください。