

令和元年度 介護予防ケアマネジメント従事者研修 受講申込書

※本書の記載事項をもとに受講決定通知等を送付しますので正確にご記入下さい。

※複数人が申込む場合、受講希望者1名につき申込書1枚ずつご記入ください。

令和元年 月 日

希望する会場 (いずれかに○)		(いずれかに○) 札幌1 (10/8) ・ 札幌2 (1/17) ・ 旭川 (11/28) ・ 釧路 (1/23)			
受講希望者	ふりがな			役職	
	氏名			勤務年数	年
連絡先	所属先名				
	所在地	〒 -			
	TEL・FAX	TEL: ()	FAX: ()		
	※「自宅」へ受講決定通知の郵送を希望する方のみ、以下の自宅住所等をご記入ください。				
	自宅住所	〒 -			
	自宅TEL	- -	携帯電話	- -	
介護予防業務の経験		1. なし 2. あり → (年 ヵ月)			
※地域包括のみセンターでの職種		1. 保健師 2. 社会福祉士 3. 主任介護支援専門員 4. 一般職・事務職 5. その他 ()			
資格	介護支援専門員の資格の有無	有 ・ 無		主任介護支援専門員	有 ・ 無
	ご自身が有している「基礎資格」について該当する番号すべてに○をつけてください。				
	1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 保健師 5 助産師 6 看護師 7 准看護師 8 理学療法士 9 作業療法士 10 あん摩マッサージ指圧師 11 はり師 12 きゆう師 13 栄養士(管理栄養士) 14 義肢装具士 15 言語聴覚士 16 歯科衛生士 17 視能訓練士 18 柔道整復師 19 社会福祉士 20 介護福祉士 21 精神保健福祉士・相談援助従事者 22 その他介護職 23 その他 ()				
身体障がい等のため、受講時における配慮を希望される場合はお書き下さい。		(配慮の内容) ※必要のある方のみお書き下さい。			

【個人情報の取り扱いについて】 ※本研究の「申込書」に記載された個人情報については、適正に管理を行い、本研究の業務以外の目的に使用することはありません。

【事前アンケート】

介護予防ケアマネジメント従事者研修への参加経験	1. 初めて 2. 参加経験あり (回目)
どのようなことを学習したいですか？ (3つまで○)	1. 地域包括ケアシステムの概要について 2. 介護予防事業の概要について 3. 介護予防ケアマネジメントの概要について 4. 相談・面接の技法について 5. 効果的なアセスメントについて 6. 支援計画書作成について 7. モニタリング・評価について 8. 関係機関・多職種との連携等について 9. その他 ()