

令和2年度 地域包括支援センター職員研修 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。
 ※複数人が申込みの場合、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2年 月 日

希望する研修 (いずれかに○)		初任者・現任者	希望地域	(いずれかに○) 札幌・旭川・函館・帯広・釧路	
受講希望者	ふりがな			役職	
	氏名			地域包括支援センター における勤務年数	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	- -
地域包括支援センター における職種	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 ()				
	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
資格	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 きゅう師	
	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】

地域包括支援センター職員研修への参加経験	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深化・推進について 2. 地域包括支援センターの業務について 3. 地域包括支援センターの今後のあり方について 4. 住民参加による助け合いやまちづくりについて 5. 他の関係機関との連携の方法について 6. 関連する法制度の改正の内容について 7. 認知症対策について 8. 先駆的な取り組み事例について 9. その他 ()	