

研修コード E	新型コロナウイルス感染症の状況によっては、中止・延期の場合もございます。ご了承下さい。
----------------	---

※本研修は、主任更新研修の受講要件を満たすための研修に <input type="checkbox"/> 該当します <input checked="" type="checkbox"/> 該当しません				
研修名	介護保険施設等の中堅者向けケアマネジメント実践力向上研修会			
テーマ	施設ケアマネジャーとして医療ニーズの把握に必要な視点を学ぶ			
概要	施設ケアマネジャーとして、利用者の医療的ニーズの把握に必要な視点や連携方法について学び、施設ケアマネジメントプロセスに活かす			
開催時間	研修時間	10:00 ～ 16:00 (実5時間)	受付開始時間	9:30 ～
講師	藺田 哲己 氏 (医療法人寺沢病院 法人事務局長)			
受講条件	受講対象者	施設系に従事する介護支援専門員(兼務でも可)		
	受講制限	特になし		
	その他	特養・特定施設向けの研修内容ですが、老健他の施設等に従事する介護支援専門員も参加可能です		
研修プログラム	9:30～10:00	受付		
	10:00～12:00	講義・演習(グループ討議)		
	12:00～13:00	休憩		
	13:00～16:00	講義・演習		

[申込方法及び申込期限]

- PC・スマホからの申込みの場合、申込書掲載のQRコードなどを利用してお申し込み下さい。
- 書面での申込みの場合、申込書に必要事項を記入の上、FAXにてお申し込み下さい
FAX 092-431-4577 (公社)福岡県介護支援専門員協会
- ※開催日程は、申込書に掲載しています。ご確認の上、お申し込み下さい。
- 定員になり次第締め切り
- ※受講決定通知書などの発送は致しません。お断わりする場合のみ事務局よりご連絡致します。

[参加費]

- 無 料

[留意事項]

- 開催会場の所在地及びアクセスにつきましては、各自にてご確認ください
- 駐車場の確保が十分にできませんので、できる限り、公共交通機関ご利用の上、お越し下さい。
- 咳、発熱、倦怠感、息苦しさ、風邪症状などある場合は、受講をお控え下さい。
- 受講時は、マスクの着用をお願いします。

FAX 092-431-4577 ★可能な限りパソコン・スマホ等からお申込み下さい★

研修コード E 研修日程表 兼 研修申込書 申込日 20 年 月 日

研修名	介護保険施設等の中堅者向けケアマネジメント実践力向上研修会
-----	-------------------------------

↓パソコン・スマホからの申し込みはこちらからどうぞ↓

- パソコン用フォーム URL

<https://ws.formzu.net/fgen/S32601669/>

- スマホ用フォーム URL

<https://ws.formzu.net/sfgen/S32601669/>



この二次元
コードからも
申込できます

↓FAXでの申し込みはこちらでどうぞ↓

[申込者]

フリガナ		会 員 区 分	<input type="checkbox"/> 会員
氏名			<input type="checkbox"/> 非会員 → <input type="checkbox"/> 入会希望する <input type="checkbox"/> 入会希望しない
所属先 種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 GH <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()		
所属先 名称			

[開催希望日程、開催場所等]

希望日に○印

附番	開催圏域	日程及び会場		定員	参加希望日
①	福岡	令和4年 12月14日(水)	リファレンス大博多ビル貸会議室 11階 1109号	20名	
②	筑後	令和4年 12月21日(水)	久留米リサーチパーク 2階 研修室C	20名	
③	北九州	令和5年 1月17日(火)	パークサイドビル 大会議室	20名	
④	筑豊	令和5年 1月24日(火)	飯塚研究開発センター 多目的ホール	20名	

[緊急時等連絡先] ※携帯番号をご記入の方には、緊急連絡時にはショートメールにてご連絡します。

TEL	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 所属先	FAX	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先
特記 事項			