**令和元年度広島県自立支援型ケアマネジメント研修**

**広島県自立支援に資する介護予防ケアマネジメントのための**

**アセスメントマニュアル活用研修（広島会場）受講申込書**

次のとおり研修会の受講を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研修日時：令和元年10月２9日（火）10時～１６時３０分 （受付：９時30分～１０時）**  **会　　場：広島県医師会館 1階　ホール**  **（〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3　電話082-569-6493）** | | | | | |
| フリガナ | |  | |  | |
| 受講者氏名 | | 氏 | | 名 | |
| 勤務先名称 | | * 市町直営の地域包括支援センター所属の方は，□に✓を入れてください | | | |
| 勤務先所在地 | | 〒 | | | |
| 電話 |  | | **Ｆａｘ** | |  |
| **メールアドレス** | |  |
| 業　　種  (該当するもの  1つに○を) | | 1．地域包括支援センター　　　2．市・町　　　3. 居宅介護支援事業所  4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 資　　格  (主なもの  1つに○を) | | 1．保健師　　　2．看護師　　　3．社会福祉士　　　4．事務職  5. 介護支援専門員　　　6. 主任介護支援専門員  7．その他（　　　　　　　　　　　　　）  【□　1～4と7の方で，介護支援専門員資格が無の場合は☑を入れてください。】 | | | |
| 介護予防プラン作成件数 | | 1．作成経験なし　　2. 1～10件　　3. 10～30件　　4．30件以上 | | | |
| 日ごろの業務の中で，介護予防のアセスメントについて難しさを感じていることがあれば記入してください。 | |  | | | |

**申込締切日：令和元年9月20日（金）午後5時必着**

広島県地域包括ケア推進センター宛

ＦＡＸ０８２－５６９－６４９４

ＦＡＸ番号の間違いにお気をつけください