**令和元年度　広島県短期集中予防サービス実践事例報告研修受講申込書**

次のとおり研修の受講を申込みます。

|  |
| --- |
| **研修日時：令和2年3月10日（火）13時30分～16時45分 （受付：13時～）****会　　場：広島県医師会館　ホール（１F）（〒732-0057 広島市東区二葉の里3‐2‐3）** |
| フリガナ |  |  |
| 受講者氏名 |  |  |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先所在地 | 〒 |
| 電話 |  | **Ｆａｘ** |  |
| **メールアドレス** |  |
| 　　　所属　　(該当するもの1つに○を) | 1．短期集中予防サービス通所型C　　　2．短期集中予防サービス訪問型C3. 地域包括支援センター職員　　　　 4．居宅介護支援事業所　　5．市・町・保健所6. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資　　格(主なもの1つに○を) | 1．歯科医師　　2．理学療法士　　3．作業療法士　　4．言語聴覚士5．管理栄養士・栄養士　　6．歯科衛生士　　7．通所サービス事業所職員 8．保健師　　　9．看護師　　　10．社会福祉士　　　11．事務職12. 介護支援専門員　　　13. 主任介護支援専門員　　14．その他（　　　　　　　　　　　　　）【12．13以外の方で，介護支援専門員資格が有の場合は☑を入れてください。□　】 |
| 短期集中予防サービス事業所の場合は提供人数 | 1．経験なし　　2. 1～10人　　3. 10～30人　　4．30人以上 |
| 地域包括支援センター職員・介護支援専門員の場合は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 |
| 研修受講に当たって、短期集中予防サービスについて質問等ありましたらご記入ください。 |  |

※申込書（業種・資格）の数字は当センターの管理上の番号です。

**申込締切日：令和2年2月21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