

(別紙2)

↑
申込 FAX 送信先：098-887-4834 申込締切 平成 28 年 1 月 22 日 (金) 必着 ※送信状不要

「平成 27 年度沖縄県主任介護支援専門員フォローアップ研修」
受講申込書・事前研修シート

ふりがな		介護支援専門員 登録番号	
氏名			
所属先			
所属先種別	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
所属先 TEL	-	-	
所属先 FAX	-	-	
	※受講票を返信します。必ずご記入ください。		
主任介護支援専門員研修 修了年度	<input type="checkbox"/> 平成 () 年度 修了		
『ファシリテーター養成 研修』の受講歴	<input type="checkbox"/> 平成 24 年 12 月 13 日 (木) に受講した。(沖縄県社会福祉協議会主催) <input type="checkbox"/> 上記以外に受講したことがある。(主催団体や講師については不問) <input type="checkbox"/> 受講歴なし		
研修修了後、介護支援専門員を育成・指導するための研修等に協力できる分野について、具体的にご記入ください。	≪ 例：ケアマネジメントの講師、演習補助者（ファシリテーター）等 ≫		

◆◆◆ 事前研修シート ◆◆◆ 必ずご記入ください。◆◆◆

問 1	『「介護支援専門員資質向上事業の実施について」の一部改正について』（平成 27 年 2 月 12 日付け老発 0212 第 1 号 厚生労働省老健局長通知）の内容を把握していますか。 <input type="checkbox"/> 把握している。 <input type="checkbox"/> 把握していない。
問 2	主任介護支援専門員として活動する中で、困難と感じる内容についてお聞かせください。

*この申込書に記入された個人情報は、本研修以外には使用いたしません。