

(別紙3)

↑
申込 FAX 送信先：098-887-4834 申込締切 平成 29 年 2 月 17 日 (金) 必着 ※送信状不要

「平成 28 年度沖縄県多職種連携ケアマネジメント研修」
受講申込書・事前研修シート

ふりがな			※介護支援専門員のみ記入
氏名		介護支援専門員 登録番号	
職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> リハビリ (<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) <input type="checkbox"/> その他 ()		
所属先種別	<input type="checkbox"/> 居住系 (<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> グループホーム) <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 施設系 (<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型) <input type="checkbox"/> サービス提供事業所 (<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ)		
所属先名称			
所属先住所	〒		
所属先 TEL	— —		
所属先 FAX (※必須) ※受講票の通知を行います。 必ずご記入ください。	— —		

◆◇◆ 事前研修シート ◆◇◆ 必ずご記入ください。◆◇◆

個別援助計画書を作成する中で、困難と感じる内容についてご記入ください。
上記困難と感じることについて、自身なりに取り組んでいる解決方法についてご記入ください。

*この申込書に記入された個人情報、本研修以外には使用いたしません。