（別紙３）

申込 FAX 送信先：098-887-4834
申込締切　平成 30 年 3 月 5 日（月）必着
※送信状不要

「平成 29 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		介護支援専門員登録番号	※介護支援専門員のみ記入
氏　名			
職　種	□介護支援専門員　□介護職　□訪問介護員　□相談員 □リハビリ（□PT □OT □ST）　□その他（　　）		
所属先種別	□居宅介護支援事業所　□小規模多機能型　□グループホーム □地域包括支援センター　□施設系（□特養　□老健　□療養型） □通所介護　□訪問介護　□通所リハ　□訪問リハ　□訪問看護　□福祉用具 □その他（　　）		
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。◆◇◆

【介護支援専門員（包括職員含む）申込者 回答欄】	【サービス提供事業所職員 申込者 回答欄】
普段、個別援助計画をどのように活用していますか。	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。
※２日目に使用するため、現在それぞれの事業所で使用している「ケアプラン 第１～３表」を忘れずにお持ち下さい。（グループ人数分 ８部をコピーしてお持ち下さい。）	※２日目に使用するため、現在それぞれの事業所で使用している「個別援助計画書」を忘れずにお持ち下さい。（グループ人数分 ８部をコピーしてお持ち下さい。）
個別援助計画書について、ご意見があればご記入下さい。	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は、本研修以外には使用いたしません。