

所属団体・機関の長 殿

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会
会長 牛谷 義秀（公印省略）

平成28年度介護予防支援従事者研修の実施について（通知）

初春の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本協会の事業推進につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り感謝申し上げます。さて、標記研修を下記の通り実施いたします。

つきましては、該当する職員の参加について御配慮いただきますようお願いいたします。

記

- 1 目的 地域包括支援センターにおいて介護予防支援の業務に従事する者又は地域包括支援センターから介護予防支援の一部を受託することとなる指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が正しいアセスメントの実施、介護予防サービス計画を作成できるよう必要な知識の習得及び技術の向上を図り、適切な介護予防支援の提供を確保することを目的とする。
- 2 実施主体 宮崎県
- 3 受託者 一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会
- 4 日程 平成29年2月20日（月）
平成29年2月21日（火）の計2日間
- 5 対象者 ①地域包括支援センターの職員
②指定居宅介護支援事業所において、介護予防支援事業に従事する予定の介護支援専門員で、過去にこの研修を受講していない者。
- 6 定員 100名
- 7 会場 宮崎県福祉総合センター 人材研修館4階 大研修室
住所 宮崎県宮崎市原町2番22号
- 8 参加費 無料

9 日程及び内容

日 程		研 修 内 容
1日目 2月20日 (月)	12:30	受 付
	13:00	開 講・オリエンテーション
	13:10 ～ 14:50	講 義『これからの介護予防（案）』 地域包括ケアシステムの構築と介護予防の理念、地域支援事業 としての介護予防・日常生活支援総合事業について
	15:00 ～ 16:50	講義・演習『高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備の推進』 ～生活支援コーディネーターの実践事例を踏まえて～
2日目 2月21日 (火)	9:30	受 付
	10:00 ～ 16:00	演 習『介護予防支援サービス計画書の作成について』 ※昼食休憩45分
	16:00	閉 講・アンケート作成

10 受講申込方法

- (1) 別紙『受講申込書』に必要事項を記入の上、郵送又はFAXにてお申し込みください。
- (2) 1事業所2名まで申し込み可能としますが、定員を超える場合は、対象者①を優先とし、対象者②については、どちらか1名のみのお講をお願いすることがあります。また、受付期間内であっても定員になり次第、受付を締め切りますので、ご了承ください。

11 受付期間 平成29年1月16日（月）消印～平成29年1月31日（火）必着

12 受講決定について

平成29年2月6日（月）までに事業所宛てに決定通知を送付いたします。内容についてご確認ください。それを過ぎても届かない場合は、至急ご連絡ください。

13 駐車場の利用について

駐車台数に限りがあるため、公共交通機関又は相乗りでお越しく下さい。なお、研修会場の駐車場の利用については、下記のとおりです。

- (1) 別紙『受講申込書』の「駐車場の利用について」欄を必ず御記入ください。
- (2) 駐車場の利用を希望される方は、理由を御記入ください。当協会が駐車場の利用を認めた方へは決定通知発送時に『駐車券』を同封します。研修当日、ダッシュボードの上にわかるように置いて御入場ください。駐車券のない方は、駐車できません。
- (3) 相乗りで来られる方は、運転者のお名前を御記入ください。運転者宛てに『駐車券』を発行いたします。
- (4) 研修途中での車の移動はできませんので御了承ください。

1.4 修了証明書について

- (1) 主任介護支援専門員更新研修の受講要件（年4回以上研修に参加した者）を満たす研修会です。対象となる方は、ご自身の受講履歴の管理をお願いします。
- (2) 主任介護支援専門員の有資格者で、修了証明書が必要な方は、『参加申込書』にを入れて下さい。研修終了後に発行いたします。但し、30分以上の遅刻・早退等は、修了証明書の交付はできません。

1.5 その他

- (1) 昼食は、各自でご準備ください。弁当の斡旋販売はありません。
- (2) 個人で出されたゴミは、各自お持ち帰りください。
- (3) 本研修「参加申込書」に記載された個人情報、運営に関する業務以外の目的には使用いたしません。
- (4) 自然災害等により、本協会が研修開催不可能と判断した時は、日程を変更する場合があります。

1.6 問い合わせ先

一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会 事務局 担当 小島・井上
〒880-0001 宮崎市橘通西5丁目6-57 山崎ビル4階
TEL 0985-61-1830 FAX 0985-61-1832
問合せ時間 平日9:00～17:00

平成28年度介護予防支援従事者研修受講申込書

優先順位 1	氏名（ふりがな）	（ ）		
	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名			
	勤務先住所	〒		
		TEL	FAX	
	連絡先	TEL (自宅・勤務先・携帯)		
	修了証明書の発行	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		
駐車場の 利用について	利用する（単独・相乗） ・ 利用しない ※該当するものに丸を付けてください。			
	利用する	相乗	運転者の氏名	
		単独	※理由をお書きください	
優先順位 2	氏名（ふりがな）	（ ）		
	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名			
	勤務先住所	〒		
		TEL	FAX	
	連絡先	TEL (自宅・勤務先・携帯)		
	修了証明書の発行	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		
駐車場の 利用について	利用する（単独・相乗） ・ 利用しない ※該当するものに丸を付けてください。			
	利用する	相乗	運転者の氏名	
		単独	※理由をお書きください	

※名簿に記載された個人情報については、研修目的以外には使用いたしません。
 受付期間：平成29年1月16日（月）消印～平成29年1月31日（火）必着
 FAX：0985-61-1832