

令和元年度介護予防支援従事者研修開催要項

- 1 目的 介護予防支援事業所において介護予防支援の業務に従事する介護支援専門員等が、介護予防支援計画を作成できるよう必要な知識の習得及び技能の向上を図り、もって適切な介護予防支援の提供を確保することを目的とします。
- 2 主催 特定非営利活動法人 秋田県介護支援専門員協会
- 3 日時 令和元年11月15日（金）午前9時30分から午後4時30分（受付9時から）
- 4 会場 秋田県社会福祉会館 10階 大会議室 〒010-0922 秋田市旭北栄町1-5
※駐車スペースに限りがありますので、公共交通機関を御利用ください。
- 5 対象 介護予防支援事業所において介護予防支援業務に従事する者及び指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員とします。
- 6 参加費 一人 1,000円（当日、受付にてお支払いください。）

7 内容（予定）

2年未満（演習：10階大会議室） 2年以上（演習：2階展示ホール）

時 間	内 容	時 間	内 容
9:30	開会	9:30	開会
9:35	行政説明	9:35	行政説明
10:15	講義	10:15	講義
11:15	事例説明	11:15	事例説明
11:30	昼食・休憩	11:30	昼食・休憩
12:30	グループ演習（1事例）	12:30	グループ演習（1事例）
15:15	休憩	15:15	休憩・大会議室へ移動
15:30	課題の共有・情報交換	15:30	課題の共有・情報交換
16:30	終了	16:30	終了

- ・行政説明「介護予防の取組み等について」（仮題）
講師：秋田県健康福祉部長寿社会課
- ・講 義「地域包括ケアシステムで求められる介護支援専門員とは」（仮題）
講師：秋田県地域包括・在宅介護支援センター協議会
- ・グループ演習 講師：秋田県介護支援専門員協会 研修部会

- 8 申 込 別紙様式により、必要事項を御記入のうえ、10月23日（水）までに各事業所から直接お申し込みください。
介護予防支援業務年数 ① 2年未満 ② 2年以上
午後にグループ演習を行いますので、必ず上記の番号を記載願います。
受講をお断りする方のみに御連絡いたしますので、連絡がない場合は、受講決定したものと御理解願います。

9 【問合せ先】

秋田県介護支援専門員協会事務局（秋田県社会福祉協議会 施設経営振興担当） 煙山^{はりやま}
〒010-0922 秋田市旭北栄町1-5 TEL 018-864-2715 FAX 018-864-2877

(送信状は不要です) 申込み期限 10月23日 (水)

令和元年度介護予防支援従事者研修受講申込書

(連絡先) 事業所名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

	所属	フリガナ	性別	経験年数 ①2年未満 ②2年以上	経験年数 令和元年10月1日現在	県ケアマネ協 会員・非会員 (どちらかに○)
		氏名				
1					年 カ月	会員・非会員
2					年 カ月	会員・非会員
3					年 カ月	会員・非会員
4					年 カ月	会員・非会員
5					年 カ月	会員・非会員
6					年 カ月	会員・非会員
7					年 カ月	会員・非会員

※開催要項「8」より①、②の経験年数を必ず記入してください。

※経験年数は介護予防支援業務年数となります。