

申込締切:平成31年2月20日(水)16時

TEL 確認日時: 月 日 時 分

(注)FAX 送信後は必ず受信の確認を電話でしてください。

今一度番号をお確かめのうえ、お間違えのないよう、ご注意ください。

FAX:045-313-0737 TEL:045-311-8731

平成30年度 介護支援専門員資質向上研修

課題整理総括表活用編 申込日平成 年 月 日

◆申込受講者情報 (記載いただいた内容により演習内容が異なる場合があります)

フリガナ		介護支援専門員の経験年数
受講者氏名		年 月
		現在のケアマネ業務は
介護支援専門員登録番号		居宅系 施設系 のケアマネ (該当するものに○をつけてください)
受講可否通知送付希望住所	〒 送付希望先が勤務先の場合は勤務先名をご記入ください。	
日中連絡先	TEL :	FAX :
勤務先名称と役職(管理者等)	(記入例) 社会福祉法人●会△居宅介護支援センター、NPO法人●●ケアサロン、株式会社● ★ケアサービス	
日頃、課題整理総括表をどのような場面で使用していますか?	使用していない場合は、使用しない理由をご記入ください。	
ケアプランにかかわるチームで課題共有する上で難しいと感じている事をお聞かせください。		

事務局記入欄

入力日	受講可否	備考 1	備考 2

H