

1-3

認知症地域支援体制の構築に向けた人材育成

地域推進員スキルアップ研修申込書

○研修内容を充実させるため、下記の内容を全てご記入下さい。

希望日に○をお入れ下さい。	1: 9月22・23日(土、日) 東京会場	2: 10月20・21日(土、日) 福岡会場	3: 11月 3・ 4日(土、日) 札幌会場
フリガナ	※事業種別、該当する番号に○をお付け下さい。		
氏名	1. 訪問介護 9. 居宅介護支援		
フリガナ	2. 訪問看護 10. 介護老人福祉施設		
事業所名	3. 訪問リハ 11. 介護老人保健施設		
	4. 通所介護 12. 介護療養型医療施設		
	5. 通所リハ 13. 地域包括支援センター		
	6. 短期入所生活介護 14. その他()		
所属連絡先	電話	FAX	E-mail
所属住所	〒 — ※所属がない方は個人のご連絡先をお書き下さい。		
職種	※あてはまる職種、全てに○をお付け下さい。その他に該当する方は()にご記入ください。		ケア実務年数
	1. 社会福祉士 2. 介護福祉士 3. 保健師 4. 看護師 5. 介護支援専門員 6. ケアマネリーダー 7. 認知症介護指導者 8. その他()		年
アセスメントツール	※現在お使いのツールに、○をお付け下さい。 1.MDS-HC方式 2.包括的自立支援プログラム(三団体)方式 3.日本訪問看護振興財団方式 4.日本介護福祉士会方式 5.ケアマネジメント実践記録様式(社会福祉士会) 6.居宅サービス計画ガイドライン(全社協)方式 7.事業所独自の様式 8.センター方式 9.特に決まった様式はない 10.その他()		
研修受講歴	※地域推進研修を受講された年度に○をお付け下さい。 研修開催年度: 1. H17年度受講済 2. H18年度受講済 3. H19年度受講済		
受講理由			
学びたい内容			情報交換会(1日目) ご参加の有無 ※別途 3,500円
			いずれかに ○をお付け下さい。 参加 ・ 不参加