

令和2年11月10日

地域包括支援センター  
居宅介護支援事業所 御中  
介護保険施設

一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会

## 令和2年度12月開催 介護支援専門員研修会 について（通知）

日頃より、本会の事業に御理解、御協力をいただきありがとうございます。  
標記の件について下記のとおり通知します。 受講を希望される方は、お申込みくださいますようお願いいたします。

- ※ 今回の研修はY o u T u b eを活用したオンライン研修になります。指定された期間に受講決定通知書に記載されたホームページを閲覧の上受講し、課題を提出して下さい。
- ※ 本研修は第1回と第2回の計2回開催となり、両方を受講し共に課題を提出することで、受講修了となります。なお第2回は3月中旬に開催予定です。

### 記

|              |                                                                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 研 修 名 称 等    | ケアプラン点検研修 第1回                                                                                             |
| 開 催 期 間      | 令和2年12月1日（火）午前10時00分から<br>令和2年12月7日（月）午後11時00分まで<br>上記期間中いつでも受講できます。<br><br>課題提出期限：令和2年12月7日（月）午後11時59分まで |
| 開 催 場 所      | 本研修はオンライン研修につき、上記期間内に受講決定通知書に記載されたホームページを閲覧してください                                                         |
| 研 修 内 容      | ケアプラン点検の手法について                                                                                            |
| 講 師          | 八王子介護支援専門員連絡協議会 理事 八木広行 氏<br>八王子介護支援専門員連絡協議会 理事 岩倉真弓 氏                                                    |
| 受講時に準備して頂くもの | ・ 八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル<br>・ 基本情報シート（八王子推奨様式）<br>・ アセスメントチェックシート（八王子推奨様式）<br>※シートは空欄のものでも構いません             |

- 1 対 象 者 八王子市地域包括支援センター職員、八王子市をサービス提供地域とする居宅介護支援事業所及び介護保険施設等（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、及び特定施設入居者生活介護）に所属する介護支援専門員等
- 2 申込方法 下の受講申込票に必要事項をご記入のうえ、11月20日（金）（必着）までに八王子介護支援専門員連絡協議会へファクシミリ（FAX 042-686-1088）にてお申し込みください。
- 3 受講決定 受講決定通知書の交付をもって受講決定とします。受講決定通知書は下記申込書により申込みした方のうち、受講決定者にのみ 11月27日（金）までにファクシミリにて送付します。
- 4 問合せ先 一般社団法人 八王子介護支援専門員連絡協議会 電話：042-686-3850

## 令和２年度１２月開催研修会受講申込票

ひと枠１名の氏名記載とします。

申込票の枠が足りない場合は、用紙をコピーのうえお申込みください。

|           |               |
|-----------|---------------|
| 受講申込研修名   | ケアプラン点検研修 第１回 |
| 事業所名称     |               |
| 受講カード番号   |               |
| フリガナ      |               |
| 氏 名       |               |
| 電 話 番 号   |               |
| F A X 番 号 |               |

|           |               |
|-----------|---------------|
| 受講申込研修名   | ケアプラン点検研修 第１回 |
| 事業所名称     |               |
| 受講カード番号   |               |
| フリガナ      |               |
| 氏 名       |               |
| 電 話 番 号   |               |
| F A X 番 号 |               |

【注意】 「受講カード番号」とは、受講カードのバーコードの下に書かれたアルファベット a にはさまれた数字 8 桁です。（「受講カード」は、平成 25 年 5 月以降開催の研修会で交付しています。お持ちでない方は、受講カード番号の記載は必要ありません。）

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| FAX 送信先   ：   0 4 2 － 6 8 6 － 1 0 8 8   八王子介護支援専門員連絡協議会 |
|---------------------------------------------------------|