

平成 30 年 6 月 11 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

平成 30 年度 7 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。

記

研修名称等	医療連携研修 医療連携 I
開催日時	平成 30 年 7 月 17 日（火）午後 6 時 30 分から午後 9 時 00 分まで
開催場所	八王子市役所 本庁舎 8 階 801・802 会議室
定員人数	170 名
研修内容	「医療ニーズに伴うケアプラン作成のコツ」 今までの医療連携について振り返りをして受講して下さい
講師	数井クリニック院長 数井 学 先生

- 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
- 申込方法** 下の受講申込票に必要事項をご記入のうえ、6 月 24 日（日）（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。
- 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 7 月 2 日（月）までにファクシミリにて送付します。参加申込者が定員を超えた場合は、抽選行い受講者の決定をします。受講決定通知書の届かない方は、研修会当日お越しいただいても受講することができませんので、ご注意ください。
- 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

平成 30 年度 7 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	医療連携研修 医療連携 I
事業所名称	
受講カード番号	
フリガナ	
氏名	
電話番号	
FAX 番号	

受講申込研修名	医療連携研修 医療連携 I
事業所名称	
受講カード番号	
フリガナ	
氏名	
電話番号	
FAX 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 : 042-686-1088 八王子介護支援専門員連絡協議会