

FAX: 075-254-3971

公益社団法人 京都府介護支援専門員会

(送付状は不要です)

平成 29 年度 京都市ケアプラン研修

【追加募集】受講申込書

※記入欄の該当するもの全てを○で囲んでください。

※合同研修については事前準備のため必ずご記入ください。

研修コース・日程			記 入 欄(○をつける)	
合 同 研 修		10 月 4 日(水)	参加する ・ 参加しない	
介護予防	<基礎>	10 月 13 日(金)	参加する ・ 参加しない	
	<実践>	11 月 13 日(月)	参加する ・ 参加しない	
居宅介護	<基礎>	① 10 月 18 日(水)	< 満 席 >	
		② 10 月 26 日(木)	< 満 席 >	
	<実践>	① 11 月 8 日(水)	< 満 席 >	
		② 11 月 24 日(金)	< 満 席 >	
		※実践の、日程①・②は研修内容が異なります。		
施 設 系	<A>	10 月 27 日(金)	参加する ・ 参加しない	
		11 月 10 日(金)	参加する ・ 参加しない	
	※施設系コースは、日程 A・B で研修内容が異なります。			
ふ り が な				
申込者氏名				
事業種別 (当てはまるものに○)		地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所 ・ グループホーム ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 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 ・ その他()		
所属事業所名				
事業所所在地		〒		
事業所TEL		事業所FAX		
介護支援専門員の資格	無 ・ 有	有の方は 介護支援専門員登録番号(8 桁)		
ケアプラン作成経験	無 ・ 有	有の方はその経験年数	年	