

コース		受講番号		受講者氏名	
-----	--	------	--	-------	--

※すべての提出物が揃っているかチェックし、この一覧とあわせて郵送してください。

生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント	
	確認テスト
	ワークシート
脳血管疾患のある方のケアマネジメント	
	確認テスト
	ワークシート
認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	
	確認テスト
大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	
	確認テスト
	ワークシート
心疾患のある方のケアマネジメント	
	確認テスト
	ワークシート
誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	
	確認テスト
	ワークシート
高齢者に多い疾患等（糖尿病、高血圧、脂質異常症、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、筋骨格系疾患、廃用症候群等）の留意点の理解	
	確認テスト
	ワークシート
看取りに関する事例	
	確認テスト
	ワークシート
地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント	
	確認テスト

提出先 〒604-0874
京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル清水町 375 ハートピア京都 7 階
公益社団法人 京都府介護支援専門員会 事務局
＜再研修＞または＜実務未経験者研修＞ e ラーニング後半 係

※e ラーニング後半課題を提出される際、研修記録シートの提出は**不要**です。