**令和元年度広島県自立支援型ケアマネジメント研修**

**広島県自立支援型ケアマネジメントアセスメント力向上研修（心不全）**

次のとおり研修会の受講を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研修日時：令和２年２月14日（金）13時～16時30分 （受付：12時30分～13時）**  **会　　場：広島県医師会館　ホール**  **（〒732-0057　広島県広島市東区二葉の里3-2-3　℡082-569-6493）** | | | | | |
| フリガナ | |  | |  | |
| 受講者氏名 | |  | |  | |
| 勤務先名称 | | 【□市町直営の地域包括支援センター所属の方は，□に✓を入れてください。】 | | | |
| 勤務先所在地 | | 〒 | | | |
| 電話 |  | | **Ｆａｘ** | |  |
| **メールアドレス** | |  |
| 業　　種  (該当するもの  １つに○を) | | 1．地域包括支援センター　　　2．市・町　　　3. 居宅介護支援事業所  4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 資　　格  (主なもの  １つに○を) | | 1．保健師　　　2．看護師　　　3．社会福祉士　　　4．事務職  5. 介護支援専門員　　　6. 主任介護支援専門員  7．その他（　　　　　　　　　　　　　）  【□1～4と7の方で，介護支援専門員資格が無の場合は☑を入れてください。】 | | | |
| 介護予防プラン作成件数 | | 1．作成経験なし　　2. 1～10件　　3. 10～30件　　4．30件以上 | | | |
| 関わっておられる心不全を抱える対象者への支援で，困っていることがあれば，記載してください。 | |  | | | |

**申込締切日：令和2年1月24日（金）午後5時必着**

広島県地域包括ケア推進センター宛

ＦＡＸ０８２－５６９－６４９４

ＦＡＸ番号の間違いにお気をつけください