

門真市居宅介護支援事業所 各位
介護支援専門員 各位

主催：くすのき広域連合門真支所

地域包括ケアシステムの進展及び社会資源活用の実践 ～門真市内における介護保険サービス以外の社会資源について～

表題につき、下記の内容にて研修のご案内させていただきます。皆様にはご多用のおりとは存じますが、お時間の許す限り何卒ご臨席賜りますよう、お願い申し上げます。

記

【日時】2020年3月19日（木）10:00～12:00

【場所】門真市保健センター（住所：門真市御堂町14-1）4階会議室

【内容】ケアマネジメントに活かす為、門真市内のインフォーマルサービス（NPO活動、助成金を活用した地域活動、交流サロン、社会福祉協議会の活動等）を紹介を受け、利用方法について討議する。

【進行】くすのき広域連合門真支所職員、研修協力団体世話人

【主任介護支援専門員法定外研修カテゴリー】地域包括ケアシステム及び社会資源

【参加費用】門真市内の事業所で勤務する介護支援専門員：無料

門真市外の事業所で勤務する介護支援専門員：無料。

【定員】100名 定員オーバーの場合は、門真市内事業所勤務者を優先とさせていただきます。

【持ち物】筆記用具、法定外研修受講記録（法定外研修として受講される者のみ）

※門真市内事業所には居宅介護支援事業所のみに交付しております。特養、老健等には配布しておりませんので、同一法人や連携法人で特定施設等を併設している居宅介護支援事業所の方は、そちらにも案内をお願いいたします。

※定員オーバーの場合は、不決定通知を送付させていただきます。不決定通知が届かない場合は「決定」としてご参加ください。

※当研修は介護支援専門員法定外研修、主任介護支援専門員2単位として取扱ができるよう調整中です。

※法定外研修として受講される場合、法定外研修受講記録に必要事項をご記入の上、ご持参ください。

※駐車場に限りがあります。車での来場はご遠慮ください（開場は、乳幼児健診等に利用もする為、ご協力をお願いします。）

※裏面、申込書に記載されている事象に該当する場合、研修修了と認められず法定外研修の修了と認めることができません。また、申込み時に必ず四角にチェックを入れて申し込みしてください。申込時にチェックがない場合についても、修了と認められない場合がありますのでご注意ください。

※法定外研修IDについては、大阪介護支援専門員協会のホームページをご確認ください。

※災害時の中止の連絡については、裏面右下のQRコードに朝8:00にPDFデータにてアップします。確認できる状況にしておいてください。（確認(お試し)用PDFをQRコード内のフォルダに入れてあります。）

申し込みは、申込書を用いて、別添（裏面）で指定された方法にて申し込みしてください。

●外申込期限3月15日（日）13時まで（但、定員になり次第締切ます。）

以上

【連絡先】 門真市内事業所 谷本 電話：072-887-1101

【研修協力団体】門真市介護保険サービス事業者連絡会 居宅介護支援分科会

申込書

谷本宛 申込はFAXにて：072-887-1102

※間違いがないか番号を確認してFAXしてください。収集した個人情報は当該研修以外には使用しません。

次の内容について了解し、2020年3月19日に開催する「ケアマネジメントに活かす為、門真市内のインフォーマルサービス（NPO活動、助成金を活用した地域活動、交流サロン、社会福祉協議会の活動等）を紹介を受け、利用方法について討議する。」の研修に参加します。

次の事項があった場合は、「修了とならない」ことについて**了解し**、参加申込を致します。（□に✓を入れてください。）

- 1：参加申し込みがない場合。もしくは申込に必要な記載事項（「@」の項目）に記入漏れがある場合。
- 2：1枚に2名の申込がある場合。
- 3：遅刻、早退、中抜け、電話対応で研修を抜ける場合。
- 4：定められた番号の席に着座していない場合。（当日、受付にて番号を確認してください。）
- 5：社会的良識を欠く受講態度であった場合。
- 6：研修修了後、アナウンスの指示を聞いていない場合、又はアナウンスの指示に従わない場合。
- 7：資料取込用QRコードを利用し、資料を印刷もしくはデータ化し、印刷もしくはダウンロードしたものを
持参していない場合。
- 8：申込期限終了後の申込となっている場合。

@法人名 _____

@事業所名 _____

@介護支援専門員登録番号： _____

※名前を書く前に確認事項があります。上の四角にチェックを入れましたか？（✓が無い場合、修了と認められません。）

@参加者名 _____（1名のみ記載ください）
（複数ご参加いただける場合は当書面の謄写を作成し利用してください。）

@連絡先（可能な限り携帯電話） _____

何らかの合理的配慮が必要な場合は下の空白にご記入ください。

災害時中止連絡用QRコード

