

ケアマネスキルアップ研修②

自分が作成したケアプランを自信を持って説明できますか？

～事例を通して学ぶ思考過程～

★本研修は、主任介護支援専門員更新研修に必要な資質向上要件に該当する研修です。
研修受講後、受講証明書を発行します。

- ◇ 日 時 2019年8月17日（土） 10：00 ～ 16：00
- ◇ 会 場 すみだ産業会館 9階 会議室4（申込書地図参照）
- ◇ 内 容

時 間	内 容	講 師
10：00 ～ 12：30	講義・グループワーク 「ケアマネジャーの思考過程」 専門職として問題、原因、背景から課題を抽出する	多摩地区 主任ケアマネ連絡会 (講師調整中)
12：30～	昼食（60分）	
13：30 ～ 16：00	講義・グループワーク 「その人らしさの考察」 第2表を作ってみる	

※遅刻、早退のあった方には、受講証明書を発行出来ませんので、ご了承ください。

- ◇ 受講料 会員 4,000円 / 非会員 6,200円
- ◇ 定 員 50名（先着順）

◆ 申込方法

- ①裏面申込用紙でFAX又はメール等でお申し込みください。
（当会のホームページからもお申し込みいただけます）
- ②事務局からFAX・メール・郵送にて受講票をお送りします。
- ③受講票に記載してある振り込み先へ受講料をお振り込みください。

※差支えがなければ「勤務地域」「勤務事業所種別」を記載してください。

◆ 申し込み・問い合わせ先

公益社団法人 東京都介護福祉士会 受付時間 月～金 9時～18時
〒135-0003 東京都江東区猿江1-3-7 パーク・ノヴァ猿江恩賜公園102
TEL 03-5624-2821 FAX 03-5624-9650
メール info@tokaigo.jp 東京都介護福祉士会 HP <http://www.tokaigo.jp/>

表裏間違えないよう、確認してお送りください。

公益社団法人東京都介護福祉士会 FAX 03-5624-9650

H

『ケアマネスキルアップ研修② 2019年8月』申込書

ふりがな		勤務地域	
氏名		勤務事業 所種別	
会員（会員No. _____）		非会員	
住所	〒 _____		
	携帯☎ _____	_____	_____
ポイント利用	40ポイント利用（〇をしてください。東京都介護福祉士会会員のみ）		
受講票送付先	※FAX又はPCメールアドレスの無い方は、郵送でお送りいたします		
	FAX又は PCメールアドレス		
職場から研修 参加の場合ご 記入ください	職場名		
	連絡電話番号		
	FAX番号		
	担当者名		

※ご記入いただいた個人情報は本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。

【会場地図】 すみだ産業会館（錦糸町駅南口丸井9階）
東京都墨田区江東橋3-9-10

