

沖 介 協 第 39 号
平成 23 年 7 月 22 日

各事業所長、施設長
地域包括支援センター長 殿

一般社団法人
沖縄県介護支援専門員協会
会 長 大 城 則 子
(公印省略)

「平成 23 年度沖縄県介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」の開催について
(更新研修を兼ねる)

貴職には、日頃より介護保険制度の円滑な運営にご尽力いただき、厚くお礼を申し上げます。

みだしの研修について、沖縄県より研修事業を委託し、当協会にて実施いたしますのでご案内申し上げます。

つきましては、(別紙 1)「平成 23 年度介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」研修要項のとおり募集いたします。

なお、受講申込については、(別紙 1)の要項を確認の上、(別紙 2)「受講申込書」を記入し、郵送又は FAX で、平成 23 年 8 月 15 日 (月)までに (必着) お申込みください。

《連絡先》

沖縄県介護支援専門員協会 (事務局：中村・當山)
〒903-8603 沖縄県那覇市首里石嶺町 4 丁目 373 番地 1
TEL : 098-887-4833 FAX : 098-887-4834

(別紙1)

「平成23年度沖縄県介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」研修要項
(更新研修を兼ねる)

1. 目的

現任の介護支援専門員に対して、一定の実務経験をもとに、必要に応じた専門知識、技能の修得を図ることにより、その専門性を高め、もって介護支援専門員の資質向上を図ることを目的とする。

2. 実施主体

一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会 (沖縄県から研修運営を委託)

3. 対象者

(1) 次のいずれかに該当すること。

①現に介護支援専門員として実務に従事している者であって、実務就業後3年以上の者。(平成23年7月現在)

②介護支援専門員証の有効期間が平成24年3月に満了する者であり、介護支援専門員として実務に従事している者、又は従事していた経験を有する者。

※平成24年3月で有効期間が満了の方は、実務経験が3年未満でも受講できます。

(2) 3日間(20時間)の研修課程をすべて受講できる方。

(3) 実践事例を提出することができる。(※受講決定後に提出)

4. 日程(別紙3の日程表を参照)

①から希望する日(1日)を選択、②から希望する日(2日間)を選択し、合計3日間(20時間)の受講となる。

①那覇市で2回、宮古島市で1回開催するので、いずれかで1回受講する。

研修課目	場 所	日 時
・介護支援専門員特別講義 ・介護支援専門員の課題	宮古島市中央公民館	9月2日(金) 10:00~16:00
	沖縄県総合福祉センター	9月3日(土) 10:00~16:00
	沖縄県総合福祉センター	11月4日(金) 10:00~16:00

②那覇市で2回、宮古島市で1回開催するので、いずれかで1回受講する。(2日間)

研修課目	場 所	日 時
居宅・施設介護支援事例研究 (サービス担当者会議含む)	宮古島市中央公民館	8月31日, 9月1日 (水・木) 9:30~18:00
	沖縄県総合福祉センター	9月14日, 15日 (水・木) 9:30~18:00
	沖縄県総合福祉センター	12月14, 15日 (水・木) 9:30~18:00

5. 定員

約200名

(※申込多数の場合は、平成24年3月までに介護支援専門員証の有効期間が満了になる方を優先します。)

6. 研修受講手数料

10,000円

(研修初日に沖縄県証紙で納付。詳しくは受講票送付時にお知らせします。)

7. 場所

○本島コース：沖縄県総合福祉センター（住所：那覇市首里石嶺町4-373-1）

○宮古島コース：宮古島市中央公民館（住所：宮古島市平良字下里315）

8. 受講申込み・手続き

別紙2の「受講申込書」を記入の上、郵送かFAXでお申込みください。

受講票、研修受講料納付書、事前提出資料（実践事例）様式を郵送いたします。

9. 事前提出資料

受講決定後に、基本情報とアセスメント表（事前提出資料様式）を郵送いたしますので、期限までに提出してください。演習にて使用いたします。

10. 申込み先(問合せ先)

〒903-8603

那覇市首里石嶺町4-373-1 沖縄県総合福祉センター内

沖縄県介護支援専門員協会 事務局行き

TEL：098-887-4833 FAX：098-887-4834

11. 申込締切

平成23年8月15日（月）必着

(別紙2)

「平成23年度沖縄県介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」(更新研修を兼ねる)
受講申込書

※平成23年7月現在でご記入ください。

ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日生
申込者氏名						
現住所 (自宅)	〒 ー TEL :					
介護支援専門員 登録番号						
介護支援専門員証 有効期間	平成 年 月 日			登録都 道府県	<input type="checkbox"/> 沖縄県 <input type="checkbox"/> その他 ()	
介護支援専門員 実務経験年数	年 ヶ月 (平成23年7月末現在) ※介護支援専門員として実務に携わった期間					
勤務先	事業所名					
	所在地	〒 ー				
	連絡先	TEL :		FAX :		
受講確認	①と②からそれぞれ希望日を選択してください。					
	①介護支援専門員の課題・特別講義 ※以下より必ず選択			②居宅・施設介護支援事例研究 ※以下より必ず選択		
	<input type="checkbox"/> 9月2日(金) 宮古島開催			<input type="checkbox"/> 8月31日, 9月1日(水・木) 宮古島開催		
	<input type="checkbox"/> 9月3日(土) 本島開催			<input type="checkbox"/> 9月14, 15日(水・木) 本島開催		
<input type="checkbox"/> 11月4日(金) 本島開催			<input type="checkbox"/> 12月14, 15日(水・木) 本島開催			
申込み履歴	*前年度(平成22年度)、当研修の受講申込みをしましたか? <input type="checkbox"/> 受講申込みをしたが受講できなかった <input type="checkbox"/> 受講申込みをしていない <input type="checkbox"/> その他()					

*要項をご確認の上、受講申込書を記入してください。(記入もれがある場合は、受理できないことがありますのでご注意ください。)

*この申込書に記入された個人情報は、本研修以外には使用しません。