

令和5年11月吉日

関係各位

旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会

会長 千野 博雅〈公印略〉

令和5年度 第3回介護支援専門員研修会の開催について

謹啓 時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃より当会の運営にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、標記研修会を別添の要領のとおり開催する事となりましたのでお知らせ致します。

つきましては、業務ご多忙中とは存じますが、貴下職員の参加につきまして、何卒ご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

令和5年度 第3回 介護支援専門員研修会

テーマ 「高齢者虐待の対応について」

主催／旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会

1:目的 令和3年度の介護報酬改定より、運営規程に定めておかなければならない事項として「虐待防止のための措置に関する事項」が追加されています。介護支援専門員は、その職務上、虐待を発見しやすい職業と言えます。また、ケアマネジメントにより高齢者の尊厳を保持した生活支援を行うことから、高齢者の権利擁護を実践する重要な立場にあります。そのような背景から高齢者虐待の対応について理解を深めていただくことを目的とします。

2:日時 令和5年12月6日(水) 16:00～17:30

3:方法 ZOOMによるオンライン研修

4:内容 上記テーマに伴う講義

講師紹介

社会福祉法人栄和会
特別養護老人ホームあつべつ南5丁目
施設長 石崎 剛 様

講師のご活動

函館市社会福祉協議会、札幌市社会福祉協議会・
基幹型在宅介護支援センター社会福祉士、居宅介護
支援事業所介護支援専門員、地域包括支援センター
主任介護支援専門員、同センター長、デイサービスセン
ター長(兼務)を経て、現職。

5:参加対象 旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会会員及び
介護支援専門員実務者等

6:参加定員 90端末まで参加可能となりますので、事業所単位でお申込み下さい。

7:参加費 旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会会員 (無 料)
非会員・その他 1名 / 2,000円 (参加費として)

*参加費のお支払いについては、別紙『非会員参加費 振込先について』をご確認頂き、
申し込みフォームに必要事項のご記入をお願い致します。

*当日不参加であっても、一旦納入された参加費の返金は致しませんのでご了承下さい。

8:参加申し込み 当会ホームページ『研修案内』に掲載のリンクまたは以下のQRコードから申込
フォームに接続し、必要事項を記入して11月29日までにお申し込み下さい。

【申込フォーム】



申し込みフォームの詳細については別紙をご参照下さい

9:主任介護支援専門員の更新研修受講予定者は、申込の際にこの研修要領が必要となる
場合がありますので、保管をお願い致します。

10:問合せ先 旭川市居宅支援事業所等連絡協議会事務局
サンライズ居宅介護支援事業所内 TEL 0166-40-1215
FAX 0166-46-5571

非会員参加費 振込先について

受講料 2,000円

振込先	銀行名	旭川信用金庫神楽支店
	口座番号	(普)No.0352313
	口座名義	旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会 会長 千野 博雅

【お願い】

- ・現金での受領は出来ませんので、お手数ですが口座へのお振込みにてお願い致します。
- ・恐れ入りますが、振込手数料は貴事業所でご負担下さいますようお願い致します。
- ・研修の申込フォームに「振込予定日」、「領収書の発行」、「領収書送付先」のご記入をお願い致します。
- ・当日不参加であっても、一旦納入された受講料の返金は致しませんのでご了承下さい。

令和5年度 第3回 介護支援専門員研修会 申込要領

【申込フォームの入力について】

- 当会ホームページ『研修案内』に掲載のリンクまたはQRコードから、もしくは案内状に掲載のQRコードから接続し、必要事項を記入して11月29日までにお申し込み下さい。
- 『*』は必須事項です。
- 海外サービスのため姓名が逆順に表記されます。『名』に姓、『姓』に名をご記入下さい。
- 登録頂いたメールアドレス宛に、当日の入室用リンクやID及びパスコード、資料ダウンロード用パスワードが記載された招待メールが送信されますので、内容をご確認下さい。
- 招待メールが届かない場合、迷惑メールに振り分けられていないかご確認下さい。迷惑メールにもない場合は、メールアドレスの誤入力と考えられます。正しいアドレスで再度お申し込み下さい。

名*

『姓』をご記入下さい

姓*

『名』をご記入下さい

メールアドレス* (当日の入室用リンク等が記載されたメールが自動送信されます)

同一端末で参加される方の氏名 (1名で参加の場合はご記入不要です)

事業所名* (事業所に所属されておらず、個人で参加される方は『未所属』とご記入下さい)

事業所の電話番号* (『未所属』の方は、連絡の取れる電話番号をご記入下さい)

会員/非会員*

選択

▽

【非会員の方】受講料の入金予定日 (振込先は研修の案内に記載しておりますので、ご確認下さい)

【非会員の方】受講料の領収書の発行 (銀行振込明細書をもって領収書の発行に代えさせていただきます。領収書が必要な場合には発行致します。)

選択

▽

【非会員で領収書の発行をご希望の方】領収書の送付先

主任介護支援専門員更新研修にかかる受講証明書の発行*

選択

▽

受講証明書を申し込まれる方の氏名 (同一端末参加で複数の方が申し込まれる場合は連名でご記入下さい)