

多職種連携のための研修

あなたは地域ケア会議などで

介護福祉士として発言していますか

目的： 多職種連携に関する知識を確認・習得し、地域ケア会議に参加する介護福祉士の質の向上、事例検討会を運営できる介護福祉士を養成する。

日時： 平成30年2月17日（土） 10:00～16:30

会場： 神奈川県介護福祉士会 研修センター

内容： 講義及び演習 裏面参照

定員： 20名

受講要件： 介護福祉士

受講料： 8,000円（賛助会員 6,000円・会員 5,000円）

申込方法： 参加費を下記口座に事前にお振込の上、その受領書のコピーを申し込み用紙に添付し FAX 045-222-6676 でお申込みください。

(注意) 振り込まれた参加費は定員超過で当会がお断りする以外は返金致しません。

申込締切： 平成30年1月15日（月）必着



<郵便振込み> 郵便振替

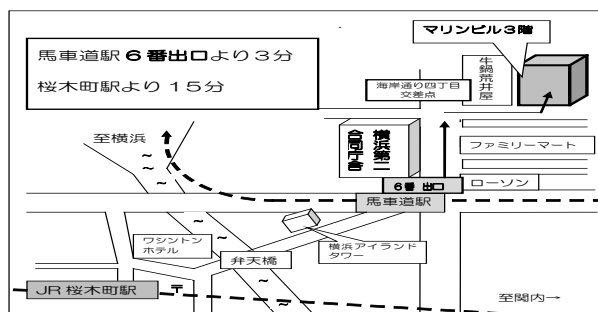
口座番号： 00270-5-139924

口座名義： 公益社団法人神奈川県介護福祉士会

*他金融機関からの振込用口座番号

○二九(セロニキユ)店 (029) 当座 0139924

<会場地図>



問合せ先： 公益社団法人 神奈川県介護福祉士会 事務局
〒231-0002 横浜市中区海岸通 4-23 マリンビル 305
電話 045-319-6687 FAX045-222-6676

多職種連携のための研修 カリキュラム

時間	プログラム	内容
10:00～12:00	講義 地域包括ケアにおいて介護福祉士求められている役割	医療や看護職等の多職種から介護福祉士に求められる役割
12:00～13:00	(休憩)	
13:00～16:15	演習 多職種連携に関するグループワーク	医療職やPT・OTなど他職種を交え、事例をもとに多職種連携において介護福祉士担う役割に関するグループワーク

参加申込書

該当する いずれかに○	A. 一般 8,000 円
	B. 賛助会員 6,000 円 (会員No.)
	C. 会員 5,000 円 (会員No. 140 -)
ふりがな 氏 名	
自宅連絡先	(〒 —) TEL _____ FAX _____ 携 帯 _____
勤務先名	TEL _____
備考欄	

郵便振替払込請求書兼受領書
貼 付

* 1月15日迄に、当会事務局へFAX又は郵送にてお申し込み下さい。

* 申込人数が5名未満の場合は開講を中止とさせていただきます。

* 受講案内通知はいたしませんので、事務局よりお知らせのない限り当日会場へお越し下さい。

FAX 045-222-6676 FAX・住所などはお間違えのない様をお願いします。

※ 住所・勤務先等変更がございましたら、備考欄にご記入ください。(会員のみ)

※ 記入していただいた個人情報は研修並びに今後の研修開催参考資料以外に使用いたしません。