

**令和元年度 自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業
研修申込書**

No	受講希望者						受講希望日（1日目）					受講希望日（2日目）					
	所属先		氏名等			職種等		1日目①	1日目②	1日目③	1日目④	1日目⑤	2日目①	2日目②	2日目③	2日目④	2日目⑤
	名称	所在地	氏名	フリガナ	性別	連絡先	職種 左記で「1」「2」「3」「4」を選んだ方の職種	8/25（日） 財団会場	9/7（土） 財団会場	10/6（日） 財団会場	10/30（水） 財団会場	11/3（日） 財団会場	8/31（土） 財団会場	9/29（日） 財団会場	10/19（土） 財団会場	11/23（土） 財団会場	12/22（日） 財団会場
例	公益財団法人 東京都福祉保 健財団	〒1630718 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル19階	財団 太郎	サイダン タロウ	男	03-3344-7270	1 区市町村 地域ケア 個別会議 担当者	1	2	3			1	2	3		
例	公益財団法人 東京都福祉保 健財団	〒1630718 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル19階	財団 次郎	サイダン ジロウ	男	03-3344-7270	2 地域包括 支援セン ター職員		1	2	3			1	2	3	
例	公益財団法人 東京都福祉保 健財団	〒1630718 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル19階	財団 花子	サイダン ハナコ	女	03-3344-7270	3 理学療法 士		1	2	3			1	2	3	

- ・記載された内容をもとに修了証書等を発行しますので、氏名等は正確にご記入ください。
- ・「職種」は職種選択欄から選択してください。
- ・「職種」で「1」「2」「3」「4」を選択した方は、「左記で「1」「2」「3」「4」を選んだ方の職種」に、職種を記入してください。
- ・1日目及び2日目の日程を1回ずつ受講することが終了要件です。
- ・「受講希望日（1日目）」及び「受講希望日（2日目）」の項目につきそれぞれの希望順を1～3で記入してください。
- ・1日目を受講した後に2日目の受講が可能となります。
- ・申し込み状況により希望の日程に受講決定とならない場合がございます。
- ・11名以上の見込みをする場合は、セルを追加してお使いください。

【職種選択肢欄】

1	区市町村地域ケア個別会議担当者
2	地域包括支援センター職員
3	理学療法士
4	作業療法士
5	言語聴覚氏
6	管理栄養士
7	歯科衛生士
8	介護支援専門員
9	1以外の行政職員
10	その他