

オンライン研修（ZOOM）＋ 会場受講 40 席ご用意しました！

## 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画書の書き方」研修会 ～ 書き方と“予防支援”の本質 ～

平成 28 年度以後の実務研修では介護予防支援に関するカリキュラムがなく、近年資格取得された方は介護予防支援計画の演習経験なく就職されています。

そこで、介護予防支援の視点の考え方、介護予防サービス計画書の書き方を学ぶ機会として研修会を開催します。新しく入職された居宅介護支援事業所の介護支援専門員、地域包括支援センターに配属された保健師・社会福祉士の方々にも、ぜひご受講いただきたい研修です。

今年度は、zoom が苦手な方、ネット環境が調わない方のご要望に応え、少数ですが会場受講もご用意しました。会場参加とオンライン受講（zoom）から選択できます。zoom 参加の方もリアルタイムに講義を受けることができ、質疑応答もチャットや PC マイクを通じて行えます。

- 1 主 催 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会
- 2 日時・会場 令和 4 年 5 月 17 日（火）午前 10 時から午後 4 時まで  
山口県社会福祉会館 4 階 大ホール（山口県山口市大手町 9-6）  
※定員 150 名の会場です。感染症予防対策で常時換気します。
- 3 対 象 介護支援専門員、地域包括支援センター職員（社会福祉士・保健師など）
- 4 講 師 一般社団法人山口県介護支援専門員協会 副会長 橋 康彦 氏
- 5 内 容 講義・演習 『介護予防サービス支援計画書の立て方』
- 6 定 員 会場参加 40 名（先着順） zoom 参加 100 名程度
- 7 参加申込 別紙 QR コードを読み取り「参加申込フォーム」に入力の上、送信ください。  
別紙書に必要事項を記入の上、FAX・郵送でのお申込みも可能です。  
※電話による申込は御遠慮願います。  
※下記受講環境をご確認の上、お申込みください。オンライン受講にご不安がある方は、研修前に使用方法等を確認するテスト接続を行います。
- ※ 受講環境 インターネット環境下の PC またはタブレットをご用意ください。  
タブレットの場合は、自宅や職場の wi-fi 接続を行ってください。  
内蔵カメラがない PC は Web カメラ（マイク付きが望ましい）をご用意ください。  
デスクトップ PC はヘッドセットをご用意ください。
- 8 参加費 会 員：2,000 円 非会員：3,000 円  
※会員とは、山口県介護支援専門員協会の会員です。  
※日本介護支援専門員協会他支部の正会員の方は当会正会員と同じ参加費区分を適用します。
- 9 申込締切日 令和 4 年 4 月 8 日（金）  
※定員に達した場合は締め切らせていただきます。その際は受講できない方のみご連絡いたします。  
※申込後、受講をキャンセルされる場合は、必ず事前に事務局にお電話ください。  
受講料振込後のキャンセルは受け付けません。
- 10 受講料の納入 (1) 受講決定通知と併せて、受講料振込用紙をお送りします。指定期日までに納入ください。  
(2) 振込手数料は受講料とは別途、各自でご負担ください。  
(3) 受講料振込後は、いかなる場合も返金致しません  
(4) 指定期日までに入金がない場合はキャンセルとします。こちらから改めて連絡することはありません。
- 11 個人情報取扱い 本研修での個人情報の取扱いは、個人情報保護法に関する条項を含んだ業務委託契約を「名鉄観光サービス株式会社 山口支店」と交わしています。  
「参加申込書」に記載された個人情報は、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。
- 12 申込先 一般社団法人 山口県介護支援専門員協会 事務局 担当：杉本、岡村  
〒753-0072 山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館内  
TEL：083-976-4468 FAX：083-976-4469





※オンライン申込が可能な方はご活用ください

QRコードで申込ができない方のみ FAX をご使用ください。

\* 提出先:山口県介護支援専門員協会 事務局

\* F A X:083-976-4469

\* 申込締切日:令和4年4月8日(金)

## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画書の書き方研修会 参加申込書

ふりがな	
氏名	
自宅住所	〒
勤務先	
申込種別	会員 ・ 非会員 (いずれかに○をつけてください。)
日中連絡可能な電話番号	( ) - 自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯番号 (いずれかに○をつけてください。)
受講形態	会場参加 ・ オンライン参加 (zoom)
メールアドレス ※ 必須記載	※ZOOM 視聴、資料ダウンロード ID、パスワードをメール通知します。必ず記載してください。
事前接続テスト	要 ・ 不要 (いずれかに○をつけてください。)

※記載された個人情報は本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。

介護予防サービス支援計画作成で戸惑っていることや質問があれば、ご記入ください。

### ○研修受講手続き

