　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐介保連第64号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和6年9月20日

佐賀県介護保険施設連絡協議会会員各位

公益社団法人 佐賀県介護保険事業連合会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 長　　松　永　啓　介（公印略）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県介護保険施設連絡協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 長　　山　元　章　生（公印略）

**介護保険施設職員等研修会の開催について（ご案内）**

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

　当連合会の運営につきましては、日頃より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

当連合会では、介護保険施設に所属する職員等を対象にした研修会を下記日程にて開催致します。

　研修参加希望の方は、別紙申込用紙により連合会事務局あてＦＡＸにて**11月1日（金）**までに　　　お申込頂きますようお願い致します。

記

1.開催日時　　　　**令和6年11月27日（水）　13時～17時**

2.開催場所　　　　ガーデンテラス佐賀　3階「グランコート」

佐賀市新栄東3-7-8　　℡0952-23-0111

3.研修内容　　　「施設ケアプランの基本的考え方と書き方」

～あなたのケアプランは適切ですか～

　　　　　　　　　　・ケアプラン点検指導者が教える施設ケアプランの状況と課題

・【金太郎飴のようなケアプラン】から脱却しよう

・令和６年度介護報酬改定とケアマネジメントのPOINT

講師：合同会社 介護の未来　代表　阿部充宏 氏

4.参加費　　　　1人　3,000円（当日受付にてお支払ください。）

　　　　　　　　　※佐賀県介護保険施設連絡協議会非会員施設　1人6,000円

この研修は、佐賀県主任介護支援専門員**更新**研修受講要件に必要な職能団体が実施する研修会の対象研修です。「研修修了証明書」を希望する主任介護支援専門員は、申込書に登録番号を記入してください。当日は本人確認のため「介護支援専門員証」のコピーを受付に提出してください。

（研修証明時間：4時間）

公益社団法人佐賀県介護保険事業連合会　担当：田崎

佐賀市水ケ江１丁目12-10（佐賀MCビル4F）

TEL0952-37-1131　FAX0952-37-1132

e-mail [skr@po.saganet.ne.jp](mailto:skr@po.saganet.ne.jp)

**会員施設用申込書**

佐賀県介護保険事業連合会事務局行き

Fax⇒ 0952-37-1132（送信票不要）

施設名　　

ＴＥＬ　　　　　―　　　　　―

連絡担当者　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　―　　　　　―

介護保険施設職員等研修会（11/27）参加申込書

（この申込書は必要に応じコピーしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 職　　種 | 修了証明書交付  交付は**主任**介護支援専門員のみです。 |
|  |  | 希望する場合は8桁CM登録番号記入 |
|  |  | 希望する場合は8桁CM登録番号記入 |

**１１月1日（金）必着**

※「研修修了証明書」を希望する主任介護支援専門員は、申込書に登録番号を記入してください。

当日は本人確認のため「介護支援専門員証」のコピーを受付に提出してください。

　本人確認が出来ない場合や交付申込をしていない場合は、修了書交付は出来ませんのでご了承くだ

さい。

**※会場のガーデンテラス佐賀は、第2駐車場へ誘導される場合があります。**

**時間に余裕を持ってのご来場をお願いします。**

佐介保連第64号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和6年9月20日

佐賀県介護保険施設連絡協議会未加入施設 各位

公益社団法人 佐賀県介護保険事業連合会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 長　　松　永　啓　介（公印略）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県介護保険施設連絡協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 長　　山　元　章　生（公印略）

**介護保険施設職員等研修会の開催について（ご案内）**

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

当連合会では、介護保険施設に所属する職員等を対象にした研修会を下記日程にて開催致します。

佐賀県介護保険施設連絡協議会未加入施設職員の皆様へもご案内致します。

　研修参加希望の方は、裏面申込用紙により連合会事務局あてＦＡＸにて　**11月1日（金）**までにお申込みくださいますようお願い致します。

記

1.開催日時　　　　**令和6年11月27日（水）　13時～17時**

2.開催場所　　　　ガーデンテラス佐賀　3階「グランコート」

佐賀市新栄東3-7-8　　℡0952-23-0111

3.研修内容　　　「施設ケアプランの基本的考え方と書き方」

～あなたのケアプランは適切ですか～

　　　　　　　　　　・ケアプラン点検指導者が教える施設ケアプランの状況と課題

・【金太郎飴のようなケアプラン】から脱却しよう

・令和６年度介護報酬改定とケアマネジメントのPOINT

講師：合同会社 介護の未来　代表　阿部充宏 氏

4.参加費　　　　1人　6,000円（当日受付にてお支払ください。）

　　　　　　　　　※佐賀県介護保険施設連絡協議会会員施設　1人3,000円

この研修は、佐賀県主任介護支援専門員**更新**研修受講要件に必要な職能団体が実施する研修会の対象研修です。「研修修了証明書」を希望する主任介護支援専門員は、申込書に登録番号を記入してください。当日は本人確認のため「介護支援専門員証」のコピーを受付に提出してください。

（研修証明時間：4時間）

公益社団法人佐賀県介護保険事業連合会　担当：田崎

佐賀市水ケ江１丁目12-10（佐賀MCビル4F）

TEL0952-37-1131　FAX0952-37-1132

e-mail [skr@po.saganet.ne.jp](mailto:skr@po.saganet.ne.jp)

非会員員施設用申込書（参加費6,000円）

佐賀県介護保険事業連合会事務局行き

Fax⇒ 0952-37-1132（送信票不要）

施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　―　　　　　―

連絡担当者　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　―　　　　　―

介護保険施設職員等研修会（11/27）参加申込書

（この申込書は必要に応じコピーしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 職　　種 | 修了証明書交付  交付は**主任**介護支援専門員のみです。 |
|  |  | 希望する場合は8桁CM登録番号記入 |
|  |  | 希望する場合は8桁CM登録番号記入 |

**１１月１日（金）必着**

※「研修修了証明書」を希望する主任介護支援専門員は、申込書に登録番号を記入してください。

当日は本人確認のため「介護支援専門員証」のコピーを受付に提出してください。

　本人確認が出来ない場合や交付申込をしていない場合は、修了書交付は出来ませんのでご了承くだ

さい。

**※会場のガーデンテラス佐賀は、第2駐車場へ誘導される場合があります。**

**時間に余裕を持ってのご来場をお願いします。**