**FAX送信票(A)**

**各事業所　⇒　地域包括ケア推進室**

**第１回　地域包括ケア研修会（７月１１日開催分）**

**６月２０日（金）締め切り**

出席される方は、本FAX送信票を「地域包括ケア推進室」までFAXしてください。

①　事業所種別の該当するところに〇をつけてください。

※　複数の種別の事業所がある施設は、複数個所に〇をつけるか、事業所ごとにFAX送信票を提出して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所の種別 |  | 事業所の種別 |
|  | 居宅介護事業所 |  | 医療機関 |
|  | 小規模多機能型居宅介護 |  | 薬局 |
|  | 通所介護事業所 |  | 福祉用具 |
|  | 通所リハビリ事業所 |  | 短期入所施設 |
|  | 訪問看護事業所 |  | グループホーム |
|  | 訪問リハ事業所 |  | 入所施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 訪問介護事業所 |  | 地域包括支援センター |
|  | 訪問入浴事業所 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

②　事業所名及び、電話番号を記入してください。

⑴　事業所名

⑵　電話番号

③　参加者名、職種、出席予定　**主任介護支援専門員更新研修の受講要件のなかの個別要件②**の修了証希望、第３部困りごと・好事例の提供の有無についてご記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職種 | 出席予定に〇 | 修了証希望は〇 | 第３部情報提供有は○ |
| １部 | １・２部 | １～３部 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

〔事務局・問い合わせ先〕

担　　当　　北名古屋市役所　福祉こども部高齢福祉課　酒井　半谷

電話番号　０５６８－２２－１１１１内線３１４２　ﾌｧｸｼﾐﾘ０５６８－２６－４４７７