

令和3年度 第1回 滋賀県介護支援専門員連絡協議会会員研修

【総会記念講演会】

目的 令和3年度介護報酬改定において、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築することが求められるようになりました。

今回、滋賀県が設置する「防災と保健・福祉の連携モデル構築のための意見交換会」の座長を務めておられる同志社大学社会学部教授立木茂雄氏を講師にお迎えし、災害時に備えて介護支援専門員が準備しておくべきことについて学ぶ研修会を開催します。

1. 日 時 令和3年5月29日(土) 13:30~15:00 (受付 13:00~)

2. 会 場 **滋賀県立長寿社会福祉センター 大教室**
滋賀県草津市笠山7丁目8-138

3. 主 催 滋賀県介護支援専門員連絡協議会

4. 受講対象者 滋賀県介護支援専門員連絡協議会 会員
滋賀県内に住所又は勤務先を有する介護支援専門員

5. 定 員 会場受講 100名
Web受講 100名

6. 内 容 記念講演
『災害時に備え、介護支援専門員が準備しておくこと
～避難行動要支援者の個別計画作成取り組み～』
講師 同志社大学 社会部
教授 立木 茂雄 氏

7. 日 程

13:00	13:20	13:30	15:00
受付	開会 挨拶	記念講演	

8.開催方法(いずれかの方法によりご参加ください)

1) 研修会場(県立長寿社会福祉センター) ■会場：県立長寿社会福祉センター ■定員：100名 ■新型コロナウイルス感染症対策について 研修会当日は、感染予防策を十分に行なった上で、実施致します。添付書類1「感染予防策へのご協力をお願い」を参照いただき、ご協力をお願い致します。 研修受講にあたっては、添付書類2「健康観察票」を受付へ提出いただきますようお願いいたします。	2) ZOOMを使用したWeb配信 ■事業所や(ご自宅から)参加いただけます。 ■定員：100名 ①機器の準備 お一人毎に1台のPCをご用意下さい。1台での複数の参加はできません。インターネット環境の確認をお願い致します。発表やグループ演習があるため、カメラ付きPCをご用意ください。受講環境を統一しますのでスマートフォンでの参加はご遠慮ください。 ②接続確認 ご利用の端末にZOOMアプリ(無料)をダウンロードして下さい。事前接続テストをご希望の方は、申込書にご記入ください。 ③研修会開催日 開催日までに招待メールをメールで送付いたします。 ※事前テストと当日のURLは異なりますのでご注意ください。 資料は、入金確認後郵送いたします。
---	---

9.受講料および資料代

研修会場・ZOOMを使用したWeb配信	受講料	県協議会会員	無料
	資料代	非会員	5,000円 1,000円

10.受講証明書 受講証明書の発行をします。但し、Webによる受講の方は、メールにて発行いたします。

11. 受講申し込み

- ① 受講希望者は、別紙「受講申込書」により令和3年5月12日（水）までにFAX、Eメール（申込書添付）またはメールフォームからお申込みください。
Eメールでお申込みされる場合は、メールの件名に「**総会記念講演会**」と入力してください。
また、受講方法につきましては、滋賀県長寿社会福祉センター受講または、Web参加のいずれかをお選びください。
なお、申込書様式データ（Word）およびメールフォームは、県協議会ホームページをご確認ください。
- ② 受講申し込みは先着順です。受講決定の連絡はしません。
定員を超えたときなど受講していただけない場合にのみ連絡します。
- ③ 受講料及び資料代は、当日受付でお支払いください。
※WEB参加希望の方は、請求書をメールで送付しますので、資料代（非会員の方は受講料と資料代）の入金確認ができましたら、ZOOM参加招待メール、資料を送付させていただきます。

お問い合わせ先

滋賀県介護支援専門員連絡協議会 事務局

〒525-0072 滋賀県草津市笠山7丁目8-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内

TEL 077-567-4550 FAX 077-567-**3906**

E-mail info@shiga-caremana.jp

滋賀県介護支援専門員連絡協議会 行

FAX No. 077-567-3906

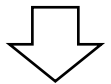
◆送信前にFAX番号をご確認ください◆

【令和3年度総会記念講演会】申込書

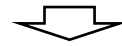
受講希望方法（いずれかの受講方法に○をしてください）

会場	Web
----	-----

※Web希望の方は下にお進み下さい



ログインURL受信メールアドレス（ ）



Zoom Meetingの事前接続テストを希望しますか？	希望する	希望しない
------------------------------	------	-------

連絡先（自宅・事業所）

TEL

FAX

送信日： 年 月 日

介護支援専門員登録番号	
（ふりがな） 氏名	（ ）
会員・非会員	会員NO.
所属ブロック	なし・湖西・大津・甲賀湖南・湖南・東近江・彦愛犬・湖北
所属事業所	
事業所種別	
事業所名	
資料送付先住所 Web申込者 （自宅・事業所）	〒

締め切り 令和3年5月12日（水）

※受講キャンセルおよび欠席は必ずご連絡ください。

※申込書に記載いただきました事項は、受講者名簿に記載させていただきますことを、ご了承下さい。
ただし、これらの事項は本研修以外での使用はいたしません。