

令和 7 年度浜松市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

募集要項

1 研修対象者

「令和 7 年度浜松市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修実施要領」第 2 に定めるとおり。

2 研修日程

日 程	研修会場	定員
令和 8 年 2 月 12 日 (木)、13 日 (金)	浜松市福祉交流センター 2 階 大会議室	35 人程度

3 受講申込み

- (1) 提出書類 ① 受講申込書（別紙様式 1）
② 介護支援専門員登録証明書の写し
③ 本研修の受講要件である研修修了証書の写し

(2) 申込先 浜松市役所介護保険課 指導グループ

(3) 提出方法 メール又は郵送で御提出ください。

E-mail アドレス kaigo@city.hamamatsu.shizuoka.jp

〒430-8652

浜松市中央区元城町 103-2

浜松市役所介護保険課 指導グループ

※・メールの場合は、件名を「計画作成担当者研修申込」とすること

・郵送の場合は、封筒に「計画作成担当者研修申込」と朱書きすること

4 提出締切

令和 7 年 11 月 21 日 (金) **必着**

5 研修に要する費用（※申込時に要するものではありません。）

教材等にかかる実費相当分	備 考
6,000 円	払込票により事前振込すること

※本研修は、福祉人材センターが行う社会福祉法第 94 条 4 項に規定する業務であり、第 2 種社会福祉事業である「福祉事業に関する連絡又は助成を行う事業」に該当するため、非課税となります。

6 その他

費用負担、受講決定等については、「令和 7 年度浜松市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修実施要領」をお読みください。

7 研修に関する問い合わせ先

(1) 研修日程及び受講の申込みに関すること

浜松市役所介護保険課 指導グループ

電話番号：０５３－４５７－２７８７

(2) 研修内容に関すること

社会福祉法人 静岡県社会福祉協議会 静岡県社会福祉人材センター 研修課

電話番号：０５４－２７１－２１７４