

令和 8 年度浜松市認知症対応型サービス事業管理者研修

募集要項

1 研修対象者

「令和 8 年度浜松市認知症対応型サービス事業管理者研修実施要領」第 2 に定めるとおり。

2 研修日程等

日 程	研修会場	定員
令和 9 年 2 月 18 日 (木) 令和 9 年 2 月 19 日 (金)	浜松市福祉交流センター 2 階 大会議室	60 人

3 受講申込み

- (1) 提出書類 ① 受講申込書 (別紙様式 1)
② 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「管理者研修申込」とすること
・郵送の場合は、封筒に「管理者研修申込」と朱書きすること

4 提出締切

令和 8 年 11 月 27 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。)

教材等に係る実費相当分	備 考
5,000 円	事前振込 (振込票は後日郵送)

※本研修は、福祉人材センターが行う社会福祉法第 94 条第 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

研修対象者の条件、受講決定等については「令和 8 年度浜松市認知症対応型サービス事業管理者研修実施要領」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