

# 平成29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

「平成29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

日 程	研修会場	定員
平成29年12月20日(水) 21日(木)	浜松市福祉交流センター 2階大会議室	50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 〒430-8652  
浜松市中区元城町103-2  
浜松市役所介護保険課 指導第2グループ  
※ 封筒に 管理者研修申込 と朱書きすること

### 4 提出締切

平成29年11月20日(月) **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。)

受講料 (①)	資料代 (②)	受講者負担計 (①+②)	備 考
1,500円	3,000円	4,500円	研修当日に徴収する。

### 6 その他

費用負担、受講決定等については「平成29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 指導第2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