

[勤務先承諾書]

青森県介護支援専門員地域同行型研修
受講承諾書（勤務先事業所用）

1 研修内容

本研修では、主任介護支援専門員がアドバイザーとして、研修機会等の少ない介護支援専門員の受講者に対し、2日間程度の個別同行研修を実施いたします。

同行研修では、受講者およびアドバイザーの主任介護支援専門員・専門職それぞれが、担当する利用者宅への同行訪問等を行うことを予定しており、同行研修に先だって、当該利用者に関する居宅サービス計画書（ケアプラン）等の書類を、匿名化した上で共有する予定です。

2 日程

初日全体研修 : 1月8日（金）
同行研修 : 令和3年1月9日～3月15日の期間に2回程度
最終日全体研修 : 3月16日（火）

記

介護支援専門員地域同行型研修受講について、承諾します。

令和 年 月 日

受講者名 : _____

事業所名 : _____

事業所代表者氏名 : _____

※所属する勤務先事業所に地域同行型研修受講について承諾を得て、初日全体研修時に提出してください。