

平成 29 年度介護予防アドバイザー養成システム登録申込書

平成 年 月 日

送信先	〒400-0831 山梨県甲府市上町 753-1 甲府城南病院 作業療法科内 山梨県リハビリテーション専門職団体 事務局 三瀬 和彦 行 <u>FAX : 055-241-8660</u>
送信元	所属 : _____ TEL : _____ FAX : _____

No.	氏名 経験年数 所属 職種 返信先	備考 (該当箇所に☑をして下さい)
記入例	氏名 : 山梨 太郎	経験年数 5 年
	Mail : yamanashitaro@kofujkinen.or.jp	PT Ⓞ ST
	これまでに参加したことがある地域支援事業 ・ K 市機能訓練事業 (1 回/月) 2 年間	
	氏名 :	経験年数 年
	Mail :	PT OT ST
	これまでに参加したことがある地域支援事業 ・	
		<input type="checkbox"/> PT・ST 協会 : e-ラーニング・DVD 研修 (初期研修) 受講 <input type="checkbox"/> PT・ST 協会 : 地域包括ケア推進リーダー 2 テーマ <input type="checkbox"/> PT・ST 協会 : 介護予防推進リーダー 4 テーマ <input type="checkbox"/> PT・ST 協会 : 導入研修 <input type="checkbox"/> OT 協会 : 地域ケア会議に資する作業療法士の育成研修会 <input type="checkbox"/> OT 協会 : 認定作業療法士 <input type="checkbox"/> OT 協会 : MTDLP 指導者 or MTDLP 研修修了者 <input type="checkbox"/> 山梨県 : 介護支援専門員実務研修修了者 <input type="checkbox"/> 山梨県 : PT・OT・ST 介護予防研修会受講 <input type="checkbox"/> 山梨県 : 地域づくりによる介護予防推進支援事業研修会 <input type="checkbox"/> 山梨県 : PT・OT・ST 指導者育成研修会 (委託事業) <input type="checkbox"/> 山梨県 : 地域リハビリテーション従事者研修会 (委託事業) <input type="checkbox"/> 山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 : 地域支援事業等推進委員会主催研修会

※ 平成 29 年 8 月 2 日 (水) までに FAX にて申し込みをお願いします。