

## ■ 電子申請による参加申込方法

① 横浜市電子申請・届出システムトップページ  
<https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/portal/home>



- ① 「電子申請・届出システム」のトップページを表示します。
- ② 「手続き一覧（個人向け）」をクリックします。
- ③ キーワード検索欄に「ケアプラン書き方講座」と入力し検索すると、検索結果が表示されるので、『今日から活かせるケアプラン書き方講座申込み【令和7年11月26日開催】』をクリックします。



④ 参加申込の内容詳細が表示されます。内容を確認いただき【次へ進む】をクリックします。

 内容詳細

今日から活かせるケアプラン書き方講座申込み【令和7年11月26日（水）開催】

【今日から活かせるケアプラン書き方講座について】  
ケアマネジャーの皆様に、課題分析や目標設定、具体的なケアプラン作成の手法を実践的に学んでいただく講座です。  
同じ悩みを抱える仲間と情報交換しながら、現場で役立つスキルを得ることを目的としています。

---

**対象者（先着90名）**  
市内の介護サービス事業所に従事しているケアマネジャーおよび資格を取得済みで実務を目指す方

---

**日時・会場**  
令和7年11月26日（水）14：00～16：30（受付開始13:30）  
【会場】  
横浜市開港記念会館2階 会議室6号室  
(中区本町1丁目6番地)

---

**参加費**  
無料

---

**受付期間**  
令和7年10月9日（木）～令和7年11月12日（水）

---

**留意事項など**  
※応募多数の場合、期日前に締切る場合があります。  
※申込完了後、申込番号が表示されます。お問い合わせの際に必要となりますので、申込番号を控えておいてください。  
※受講決定した方には、11月上旬以降にメールにてお知らせいたします。

---

**根拠となる法令又は条例等の名称と条項**  
—

---

**申請書・資料**  
案内チラシ【PDF形式：129.7KB】  
電子申請による参加申込方法【PDF形式：973.1KB】

---

**受付開始日**  
2025年10月9日 0時00分

---

**受付終了日**  
2025年11月12日 0時00分

---

**お問い合わせ先**  
健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課  
メールによるお問い合わせ：✉  
電話番号：0456714255

---

 次へ進む >  
 ウィンドウを閉じる

⑤ 入力フォームが表示されるので、必要事項を入力し【次へ進む】をクリックします。

### 申請内容の入力

今日から活かせるケアプラン書き方講座申込み【令和7年11月26日（水）開催】

氏名 必須

姓 横浜 名 花子

氏名（フリガナ） 必須

姓（カタカナ） ヨコハマ 名（カタカナ） ハナコ

電話番号（ハイフンなし） 必須

0456714255

メールアドレス（確認入力あり） 必須

メールアドレス kf-kaigokyufu@city.yokohama.lg.jp  
メールアドレス（確認） kf-kaigokyufu@city.yokohama.lg.jp

現在の状況 必須

現在の勤務状況を教えてください。

選択解除

ケアマネジャーとして実務に従事している  
 資格取得済みで、今後実務を目指している

所属先

所属している事業所名をご記入ください。

市役所ケアプランセンター

ケアマネ実務経験年数 必須

選択解除

実務経験なし  
 1年未満  
 1年以上3年未満  
 3年以上5年未満  
 5年以上10年未満  
 10年以上

確認事項 必須

1. 入力内容の申請が完了し、申込番号が表示されたら、手続き完了です。  
受講が決まった方には、11月上旬にメールにて受講決定の旨お知らせします。

2. 当日はグループワークを予定しておりますので、スマートフォン・筆記用具をお持ちください。

選択解除

確認事項について承知しました

次へ進む >

戻る <

⑥ 入力内容に誤りがなければ【申請する】をクリックします。

申請内容の確認

今日から活かせるケアプラン書き方講座申込み【令和7年11月26日（水）開催】

氏名  
横浜 花子 修正する

氏名（フリガナ）  
ヨコハマ ハナコ 修正する

電話番号（ハイフンなし）  
0456714255 修正する

メールアドレス（確認入力あり）  
kf-kaigokyufu@city.yokohama.lg.jp 修正する

現在の状況  
ケアマネジャーとして実務に従事している 修正する

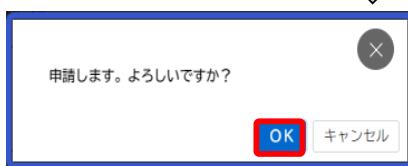
所属先  
市役所ケアプランセンター 修正する

ケアマネ実務経験年数  
1年未満 修正する

確認事項  
確認事項について承知しました 修正する

申請する < >

< 戻る



⑦ 申請の完了に関する表示を確認できたら、申込は完了となります。

