

締切 6月22日(金)

平成30年 月 日

かがわ健康福祉機構研修部長 へ (FAX087-835-4777)

◇事業所所在市町名 _____ ◇事業所番号 _____

◇訪問介護事業所名(法人名は省く) _____

◇記入者氏名 _____ ◇連絡先 _____

平成30年度訪問介護適正実施研修会 申込書

優先順位	ふりがな 氏名	性別	根拠資格		サービス提供責任者になってからの経験年数	受講者が本研修を過去に受けた回数 *1
			資格名 (ホームヘルパー1・2級、介護福祉士など)	資格をとってからの経験年数		
1						
2						

平成30年度サービス提供責任者実践力研修会 申込書

優先順位	ふりがな 氏名	性別	根拠資格		サービス提供責任者になってからの経験年数	受講者が本研修を過去に受けた回数 *2
			資格名 (ホームヘルパー1・2級、介護福祉士など)	資格をとってからの経験年数		
1						
2						

※グループワークで検討したい自事業所の困難事例 (研修参加者が必ずご記入ください)

タイトルとその事例の簡潔な説明を記載

注) 申込みが定員を超えてお断りする場合は、6月29日(金)までにご連絡いたします。

両方の研修を受講する方を優先いたします。複数名のお申込みの場合は、優先順位に従って調整いたします。

*1:平成15年~27年に受講していたかどうか *2:平成28年、29年に受講していたかどうか (受講者別に)