

締切 6月21日(金)

月 日

かがわ健康福祉機構 研修部長宛 (FAX:087-835-4777)

・訪問介護事業所名 (法人名は除く):

・事業所番号:

・担当者名:

・連絡先:

受講申込書

氏名	(ふりがな:)
資格名 <small>(ホームヘルパー1・2級、介護福祉士等)</small>	
資格取得後の経験年数	年 ヶ月
サービス提供責任者の 経験年数	年 ヶ月

受講希望研修名	① 訪問介護適正実施研修会(1日間)
	② サービス提供責任者実践力研修会(2日間)

※希望する研修名の左枠に○をご記入ください。

※原則として、両研修を受講してください。(研修効果をより高めるためには、二つの研修をあわせて受講することをお薦めします。)

※困難事例 (利用者への対応、職場環境・体制における問題点など)を必ずご記入ください。

*定員を超えてお断りする場合のみ、6月26日(水)までにご連絡いたします。

*当機構ホームページに申込書 (Word) がございますので、こちらもご活用ください。