

締切：6月18日(金)17時まで

令和 3年 月 日

かがわ健康福祉機構 研修部宛 (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 TEL： FAX：

受講申込書

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

受講希望 研修名	①訪問介護適正実施研修会 (7月2日開催)
	②サービス提供責任者実践力研修会 (7月28日、8月20日開催)

※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勧めします。)

※定員を超えてお断りする場合のみ、6月22日(火)までにご連絡いたします。

【困難事例の提出 (必須)】

○ 7月28日の講義では、困難事例について討議を実施します。利用者への対応、職場環境・体制における問題点など困難事例について、箇条書き(100字から200字程度)でご記入ください。

○ 様式は、指定しませんので、A4用紙等にご記入いただきご提出ください。

【Web研修】

○ 新型コロナウイルスの感染状況によっては、Cisco Webex (シスコ)によるWeb研修に変更します。Web研修となった場合の参加の可否、メールアドレスをご記入ください。

○ Web研修となった場合には、メールでお知らせするとともに、資料を郵送します。参加できない方には、FAXでお知らせします。

参加の可否	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加できない
メールアドレス	

