

締切：8月22日(月) 17時まで

令和4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：

令和4年度サービス提供責任者実践力研修会 受講申込書

氏名	(ふりがな：)
資格等 (該当に☑チェック)	<input type="checkbox"/> 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()
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)

※定員を超えてお断りする場合のみ、ご連絡いたします。

【困難事例の提出(必須)】

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：Cisco Webex ミーティング(Web会議システム)】

web研修では、受講者の顔が常時映るビデオや発言のためのマイク操作等が必要になりますので、研修前に動作確認テストを行います。受講者は必ず参加してください。

	動作確認テスト	2日目 web 研修
日時	9月1日(水)13:30~15:00 (所要時間5~10分程度)	9月21日(水) 8:30~入室可能
内容	① 氏名での入室確認 ② 映像、マイクのテスト ③ チャットの入力	日程表参照
招待メール	8月23日(火)頃 送信	9月13日(火)頃 送信

●招待メール受信用のメールアドレスをご記入ください。Cisco Webex ミーティング(Web会議システム)の入室方法につきましては、申請されましたメールアドレスに送信いたします。

メールアドレス	
---------	--

※招待メールが届かない場合は、迷惑メールに設定されていないか、ご確認ください。