**申込期限**　　　　　　　　　　　　(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和６年６月17日(月)** 　　　　　　　　　　　　FAX:**０８７－８３５－４７７７**

**17時まで**

令和６年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |

令和６年度 訪問介護適正実施研修会〈７月４日(木)開催〉

申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | （ふりがな：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格　　　等(該当に☑チェック) | □実務者研修修了　　□介護福祉士□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格取得後の経験年数 | 年　 　　　ヶ月　　(申込時点)  |
| サービス提供責任者の経験年数 | 年　 　　　ヶ月　　(申込時点) |

下記の通り申し込みます。

※【記入必須】困難事例

研修会当日の午後からの演習では、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の困難事例について、

箇条書き（100字から200字程度）で罫線部分にご記入ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

〇定員を超えてお断りする場合のみ、ご連絡いたします。（決定通知送付なし）