

宮城県介護福祉士会事務局あて



FAX : 022 (399) 6570

Email : info@miyagi-kaigo.jp

『小規模事業所サポート出前研修 申込書』

送信日 : 202 年 月 日

事業所名			
所在地			
サービス種別 (該当するものに○)	訪問介護		
	通所介護		
担当者 (調整者)	氏名		ふりがな
	職責		
連絡先 (日中連絡の取れる番号等) オンライン研修希望の場合は Emailアドレス必須	TEL		
	FAX		
	※Email	@	
希望日時	第1希望	年 月 日 ( )	: ~ :
	第2希望	年 月 日 ( )	: ~ :
	第3希望	年 月 日 ( )	: ~ :
希望研修 (いずれか1つに○)		①介護の基本 (自立支援と身体拘束禁止) ※制度の理解含	
		②介護の仕事と接遇 (講義・演習)	
		③介護技術 (講義・演習) 基本動作・移動・移乗	
希望会場・方法 (いずれかに○)		対面 : 自事業所	
		対面 : 圏域内の会場 (近隣の公共施設等)	
事業所概要	開設年月	年	月
	法人種別	( 会社 ) ・ NPO ・ その他 ( )	
	従業員数	名 (うち介護職 名)	
摘要 (伝達事項)	受講者数 (約 連絡時間の希望 持参物品の希望	名) 午前 ( ) 頃・午後 ( ) 頃 PC ・ プロジェクター ・ 福祉用具 (介護技術用) その他 ( )	

※受講者名簿3日前まで提出要