

宮城県介護福祉士会事務局あて



FAX : 022 (399) 6570

Email : info@miyagi-kaigo.jp

『介護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 受講者予定人数	名		
担当者（調整者）	氏名		ふりがな
	職責		
連絡先 <small>（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</small>	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 <small>（いずれか1つに○）</small>		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	
		④その他 研修内容応相談	
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 <small>（伝達事項）</small>	受講者数（約 名） 連絡時間の希望 持参物品の希望	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