

申込締切りは、受講申込回によって異なりますので確認してください。

福祉のまちづくり研究所 研修のホームページから簡単に申込みいただけます(推奨)

受 講 申 込 書 (郵送用) ※FAX は不可

研修名		2023年度 介護職員のための実践基礎研修 (オンライン)			
右の内該当する箇所に○印を付ける 受講申込回	番号	参加希望	開催日	研修名	申込締切日時
			全5回 全てに受講を申込み		12月18日(月)正午
	①		1月30日(火)	介護現場における感染症対策	12月18日(月)正午
	②		2月15日(木)	ターミナルケア	1月9日(火)正午
	③		2月27日(火)	虐待をなくすために、気づきの目を育てよう	1月16日(火)正午
	④		3月1日(金)	自己覚知	1月19日(金)正午
	⑤		3月13日(水)	利用者家族とのかかわり	1月31日(水)正午
※複数回を申込まれる場合、申込締切日は申込まれる締切りの中で一番早い日時となります。 ※受講決定された場合、当方が指定した期限までに受講料(受講研修回×3,000円)の振込が必要です。					
ふりがな		生 年 月 日		年 齢	性 別
氏 名		昭和 平成	年 月 日	歳	男・女
役 職		実務経験年月数(介護職) 2023年12月末日現在(見込を含む)		年 月 日	
法人名 (会社名等)				【個人として申込を希望される方】 以下住所と連絡先を記入してください。 (研修資料をこの住所へ送付します。)	
事業所名				住所：〒 —	
事業所住所		〒 —			
事業所 連絡先		TEL： _____ FAX： _____ E-MAIL (必須)： _____ @ _____ ※受講決定された場合、E-MAIL は研修受講 ID の送付等に使用する大切なものです。 正確に記入してください。(研修時にも使用することがあります。以降の変更不可。)		連絡先(TEL)： _____ E-MAIL _____ @ _____	
勤務先事業所種別 ※該当する番号を1つ選び、右の事業所種別番号へ記入してください。(複数ある場合は 主な種別 を1つ選び、番号を右に記入)					
①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③グループホーム ④小規模多機能型生活介護事業所 ⑤認知症対応型デイサービス		⑥デイサービス ⑦居宅介護支援事業所 ⑧看護小規模型居宅介護事業所 ⑨特定施設(有料老人ホーム等) ⑩その他 ()		事業所種別番号 ⑩は左の()にも記入	
資 格 ※該当する番号を全て選び、右の資格番号へ記入してください。					
①医師 ②看護師 ③社会福祉士 ④介護福祉士 ⑤介護員養成研修修了※ ⑥介護支援専門員 ⑦その他 ()					資 格 番 号
※⑤介護員養成研修修了は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称とします。					⑦は左の()にも記入

※本紙(様式1)は必ず、A4用紙1枚(片面のみ印刷)で提出してください。

※様式2のアンケートも併せて提出してください。

* 申込書に記載された個人情報は研修事業以外の目的には使用しません。研修の参考及び案内等に活用させていただきます。

* オンライン受講は、常時ネット接続・対応するカメラ付きパソコンの環境が必要です。(スマートフォンは不可。)

2023年度 介護職員実践基礎研修 事前アンケート (郵送用)

氏 名	
事業所名	

1.受講動機を記入してください。

--

2.受講申込をする・しないのいずれかに○を入れ、受講申込される研修におきまして、必ず、具体的に学びたいことや悩んでいることを記入してください。

① 1 月 30 日(火) 介護現場における感染症対策	受講申込	する ・ しない
② 2 月 15 日(木) ターミナルケア	受講申込	する ・ しない
③ 2 月 27 日(火) 虐待をなくすために、気づきの目を育てよう	受講申込	する ・ しない
④ 3 月 1 日(金) 自己覚知	受講申込	する ・ しない
⑤ 3 月 13 日(水) 利用者家族とのかかわり	受講申込	する ・ しない

※本紙(様式 2)は必ず、A4 用紙 1 枚(片面のみ印刷)で提出してください。

※パソコン等で作成される場合、記入量に応じて多少幅を変更しても構いません。

以上