様式１

≪嶺北地域≫ 福井県介護実習・普及センター　行　　　　FAX　0776-24-0063

≪嶺南地域≫ 福井県社会福祉協議会　嶺南支所　行　　　FAX　0770-52-7834

令和２年度 介護職員等訪問指導研修受講申込書

**１.事業所基本情報**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修受講希望事業所 | 法人名 | 事業所名 |
| 種別 |
| 代表者名 | 研修担当者名 |
| 所在地 |
| 電話 | FAX |
| メールアドレス　※必須 |
| 研修会場　※上記事業所所在地と異なる場合にご記入ください。 |
| 研修受講職員の業務別人数 | 介護関係　　　　　　人 | 医療関係　　　　　　人 | その他　　　　　　人 | 受講者計　　　　　　人 |
| 事業所が抱える課題（困りごと）をご記入ください |  |

**２.研修開催のための情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望テーマ№（研修メニューよりお選びください） | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
| 準備物該当するものに○をつけてください | モーターベッド※昇降できる（ある・なし） | モーターベッド※背上げ・足上げできる（ある・なし） | 車いす※肘掛け跳ね上げ・脱着できる（ある・なし） | 車いす※レッグサポート脱着できる（ある・なし） |
| メール可能なパソコン（ある・なし）※研修資料の送信用 | パワーポイントが使用できるパソコン（ある・なし）※研修当日用 | スクリーンや白い壁、ホワイトボードなどの投影場所（ある・なし） |

**３.希望日程（第３希望までご記入ください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望 | 　　　　　　月　　　日（　　）　　　　　　時　　分～　　時　　分 |
| 第２希望 | 　　　　　　月　　　日（　　）　　　　　　時　　分～　　時　　分 |
| 第３希望 | 　　　　　　月　　　日（　　）　　　　　　時　　分～　　時　　分 |