

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No. (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)
	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