

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3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

令和 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)			
準備可能物品 (該当するもの に○をつけてく ださい)	電動ベッド	有・無	
	車いす	有・無	
	パソコン	有・無	
	プロジェクター	有・無	
	スクリーンや白い壁、ホワイトボードなどの投影場所	有・無	

### 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