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 |