

# ケアテーマ別研修 受講申込書

※切：各開催日の20日前

施設・事業所名

※働いている方は記入ください。

施設番号

※お送りした封筒のラベル下番号を参照下さい。

連絡責任者氏名

※必ず記入ください

連絡先住所

※受講についてお知らせしますので必ず記入ください

TEL

( )

FAX

( )

申込者(各項目に記入をお願いします)				テーマ	参加希望日 ※希望する会場を○で囲んでください	
1	ふりがな				①権利擁護	5/12(高知市) 7/10(四万十市) 9/11(安芸市) 11/17(高知市) 1/13(高知市)
	氏名				②医療職との連携	7/21(高知市) 8/12(四万十市) 12/8(高知市)
	性別	男・女	年齢	歳	③介護技術	5/21(高知市) 6/3(四万十市) 8/20(高知市) 9/2(安芸市) 10/1(高知市) 11/13(四万十市) 1/21(高知市) 3/12(高知市)
	職種				④アセスメント	6/12(四万十市) 9/7(安芸市) 12/11(高知市)
	経験年数	年	ヶ月		⑤感染予防基礎	6/22(安芸市) 7/31(四万十市) 8/7(高知市)
	※介護福祉士の会員は <input checked="" type="checkbox"/> を いれてください			<input type="checkbox"/>	⑥リスクマネジメント	5/27(高知市) 10/30(安芸市) 11/27(四万十市)
					⑦苦情の理解と対応	5/27(高知市) 10/30(安芸市) 11/27(四万十市)
					⑧ハラスメント	7/7(高知市) 7/28(四万十市) 8/21(安芸市)
					⑨メンバーシップ	10/9(高知市) 11/9(四万十市) 12/14(安芸市)
					⑩接遇	6/22(安芸市) 10/22(四万十市) 12/3(高知市)
				⑪レクリエーション	10/22(四万十市) 11/5(安芸市) 12/3(高知市)	

申込者(各項目に記入をお願いします)				テーマ	参加希望日 ※希望する会場を○で囲んでください	
2	ふりがな				①権利擁護	5/12(高知市) 7/10(四万十市) 9/11(安芸市) 11/17(高知市) 1/13(高知市)
	氏名				②医療職との連携	7/21(高知市) 8/12(四万十市) 12/8(高知市)
	性別	男・女	年齢	歳	③介護技術	5/21(高知市) 6/3(四万十市) 8/20(高知市) 9/2(安芸市) 10/1(高知市) 11/13(四万十市) 1/21(高知市) 3/12(高知市)
	職種				④アセスメント	6/12(四万十市) 9/7(安芸市) 12/11(高知市)
	経験年数	年	ヶ月		⑤感染予防基礎	6/22(安芸市) 7/31(四万十市) 8/7(高知市)
	※介護福祉士の会員は <input checked="" type="checkbox"/> を いれてください			<input type="checkbox"/>	⑥リスクマネジメント	5/27(高知市) 10/30(安芸市) 11/27(四万十市)
					⑦苦情の理解と対応	5/27(高知市) 10/30(安芸市) 11/27(四万十市)
					⑧ハラスメント	7/7(高知市) 7/28(四万十市) 8/21(安芸市)
					⑨メンバーシップ	10/9(高知市) 11/9(四万十市) 12/14(安芸市)
					⑩接遇	6/22(安芸市) 10/22(四万十市) 12/3(高知市)
				⑪レクリエーション	10/22(四万十市) 11/5(安芸市) 12/3(高知市)	

FAX 088-844-9443

福祉研修センター 佐久間 行

\*年齢及び経験年数(福祉関係通算)は、申込日現在で記入してください。

\*申込書に記載いただいた氏名、役職などの個人情報、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。