

ケアテーマ別研修 受講申込書

〆切：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

T E L ()

F A X ()

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)
					④アセスメント	6/12(四万十市)	9/7(安芸市)	12/11(高知市)		
					⑤感染予防基礎	6/22(安芸市)	7/31(四万十市)	8/7(高知市)		
					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)		
経験年数	年 ケ月			⑧ハラスマント	7/7(高知市)	7/28(四万十市)	8/21(安芸市)			
※介護福祉士会の会員は <input checked="" type="checkbox"/> を いれてください				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)			

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)
					④アセスメント	6/12(四万十市)	9/7(安芸市)	12/11(高知市)		
					⑤感染予防基礎	6/22(安芸市)	7/31(四万十市)	8/7(高知市)		
					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)		
経験年数	年 ケ月			⑧ハラスマント	7/7(高知市)	7/28(四万十市)	8/21(安芸市)			
※介護福祉士会の会員は <input checked="" type="checkbox"/> を いれてください				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は、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。