

研修受講申込書

所 属	名 称		研修 担当者名	
	TEL ()	—	FAX ()	—
メールアドレス：				
受講希望者	フリガナ			
	氏名			
	職 種	主に勤務している職種をご記入下さい	現職での 経験年数	年

自立支援のための基礎研修

希望講座は3つまで

講座名	実施日	希望講座に○記入
自立支援の考え方・環境整備について	5月11日(月)	

介護技術研修

番号	講座名	実施日	希望講座に○記入
基礎研修	① ポジショニング	5月29日(金)	
	② 移乗介助	6月8日(月)	
	③ 起居介助	6月15日(月)	
	④ シーティング	6月24日(水)	
	⑤ 食事介助	7月6日(月)	
	⑥ ポジショニング	7月13日(月)	
	⑦ 移乗介助	9月7日(月)	
	⑧ 排泄ケア	9月25日(金)	
応用研修	⑨ 認知症対応	9月18日(金)	
	⑩ 高齢者に多い疾患Ⅰ (脳血管障害・整形疾患)	10月7日(水)	
	⑪ 高齢者に多い疾患Ⅱ (糖尿病・神経難病)	10月14日(水)	
	⑫ スキンケア	10月27日(火)	
	⑬ 個別機能訓練	11月6日(金)	
	⑭ ストレスコントロール	11月11日(水)	
	⑮ 認知症対応	11月20日(金)	

●受講を希望する講座について、受講動機を簡潔に御記入ください。

番号	受講動機 ・ 知りたいこと

締切り：令和2年4月15日(水) 必着

* 申込みが定員を超える場合は、受講選考により決定します。

受講決定後4月21日(火)までに、参加の可否を各施設の研修担当者宛に通知します。