

受講申込書：FAX 052-242-3020

受講希望日	<b>①身体介護を中心とした介護技術</b>			※希望日を○で 囲んでください。
	①-1 歩行・移動・移乗 ( 6/12(水)・9/7(土)・10/24(木) )  ①-2 環境整備・ベッドメイキング・体位変換 ( 6/19(水)・9/6(金)・11/14(木) )  ①-3 食事・口腔ケア ( 7/10(水)・9/17(火) )  ①-4 排泄ケア ( 7/25(木)・10/3(木)・11/19(火) )  ①-5 清潔・着替え ( 8/9(金)・10/18(金) )			
<b>②認知症の理解とコミュニケーション技術</b> ( 7/20(土)・8/20(火)・9/26(木)・11/6(水) )				
法人・事業所名				
事業所種類			事業所利用定員	名
事業所住所		〒		
事業所TEL・FAX		TEL	FAX	
メールアドレス				
担当者名		※研修に関わるご連絡をさせて頂く場合があります。		
受講者氏名		性別	①介護に関する資格の有無	
フリガナ			有 ( 資格名称 ) 無 ( )	
②現在の介護事業所への 就職年月	③他の介護事業所での 介護経験		④直前の介護事業所の 退職年月	⑤介護業務 総従事年数
例)2022年1月 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	有 無 ※介護経験が有る方は④⑤を ご記入ください。		例)2020年11月 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	例)2年1ヶ月 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
その他(自由記述)ご不明な点やご質問等ございましたらお書きください。				
本事業について何を見て知りましたか? 郵便送付(チラシ)・FAX送付(チラシ)・NAGOYA かいごネットHP・日本福祉大学社会福祉総合研修センターHP・ その他 ( )				

※ご記入いただいた個人情報は、本研修を適正かつ円滑に遂行するために使用し、それ以外の目的では利用しません。