

【フォローアップ施設内研修】

平成28年度以降、茨城県福祉サービス振興会で実施した、介護職員腰痛予防対策研修の「リフトリーダー養成研修」または、「腰痛予防研修」、「腰痛予防指導者研修」を受講された職員の在籍している施設等に講師が直接出向き、職場での実践指導・助言を希望される事業所を募集します。

1. 「リフトリーダー養成研修」フォローアップ施設内研修

《時間》 2時間

(施設等事業所の希望日時と講師の都合が合えば派遣いたします。)

《費用》 無料

《条件》 リフトリーダー養成研修修了者が在籍している事業所で、現在、リフトを使用しているところ。

2. 「腰痛予防研修」フォローアップ施設内研修

(介護技術やスライディングシート・ボードの使用技術)

《時間》 2時間

(施設等事業所の希望日時と講師の都合が合えば派遣いたします。)

《費用》 無料

《条件》 腰痛予防指導者研修、腰痛予防研修受講者が在籍している事業所で、腰痛予防に積極的に取り組んでいる事業所。

《募集》 ○1, 2の研修合わせて県内15箇所

○2の研修に関しては講師の都合上、月曜日・金曜日の対応となります。

《派遣期間》 両研修ともに平成30年5月～平成31年2月末まで

希望される事業所は、

(別紙1)「リフトリーダー養成研修フォローアップ施設内研修」、または、
(別紙2)「腰痛予防研修フォローアップ施設内研修」申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXでお申込みください。

先着順で受け付けますが、講師との日程の都合上、お受けできない場合もありますのであらかじめ、ご了承ください。

(別紙1)

FAX 0 2 9 - 2 4 4 - 4 4 6 3

(一社) 茨城県福祉サービス振興会 行

平成30年度「リフトリーダー養成研修」フォローアップ

施設内研修申込書

【申込日】平成30年 月 日

受講決定通知の連絡先			
施設名			
施設長名			
住 所	〒		
リフトリーダー 養成研修受講者名 (1名)		受講年月日	平成 年 月 日
受講決定通知は、FAXでお送りしますので必ずご記入ください。			
電 話		FAX	
この研修の 担当者名		受講予定 人数	
研修内容の 希望 等			
受講希望日 (時間) 2時間 ○時～○時	第1希望日・時間	第2希望日・時間	第3希望日・時間

*回数を限った研修会となるため、お申込み後のキャンセルは早めにご連絡ください。

*日程の都合で、お断りする場合があります。その際は、ご了承ください。

(別紙2)

FAX 0 2 9 - 2 4 4 - 4 4 6 3

(一社) 茨城県福祉サービス振興会 行

平成30年度「腰痛予防研修」フォローアップ

施設内研修申込書

【申込日】平成30年 月 日

受講決定通知の連絡先			
施設名			
施設長名			
住 所	〒		
腰痛予防研修 受講者名 (1名)		受講年月日	平成 年 月 日
受講決定通知は、FAXでお送りしますので必ずご記入ください。			
電 話		FAX	
この研修の 担当者名		受講予定 人数	
研修内容の 希望 等			
受講希望日 (時間) 2時間 〇時～〇時	第1希望日・時間	第2希望日・時間	第3希望日・時間

*回数を限った研修会となるため、お申込み後のキャンセルは早めにご連絡ください。

*日程の都合で、お断りする場合があります。その際は、ご了承ください。