

2019年度 茨城県介護職員腰痛予防モデル施設研修申込書

年 月 日

団体及び施設名

〒

住 所

代表者 氏名

TEL:

—

—

FAX:

—

—

職	氏 名	介護経験	研修希望施設を記入	研修希望日	保有資格に○をつける	研修受講年度 (受講歴のある方のみ)
		年		第一希望 月 日 第二希望 月 日	介護福祉士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 ホムヘルパー その他 ()	腰痛予防 (H 年度) リトリナー (H 年度) 腰痛予防指導者 (H 年度)
		年		第一希望 月 日 第二希望 月 日	介護福祉士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 ホムヘルパー その他 ()	腰痛予防 (H 年度) リトリナー (H 年度) 腰痛予防指導者 (H 年度)

申込書送付先：FAX 029-244-4463 申込締切日：研修日1ヶ月前迄

※別紙 1-2 「施設の設定状況・取り組み状況」、別紙 2 「研修施設への質問事項等」も一緒に FAX してください。

※ 研修生は、研修当日の検温、自己申告等でインフルエンザ、ノロウイルス等の感染症の罹患及び疑いがある場合は欠席とします。

団体及び施設名 _____

介護サービスの種別	入所者数	平均 要介護度	職員数
-----------	------	------------	-----

施設の設備状況 (腰痛予防関連)

福祉用具の種類	設置している数	使用頻度	今後の導入予定台数 (時期)
リフト (設置してあれば種類)			台 (年 月頃、未定) (種類)
スライディングシート			枚 (年 月頃、未定)
スライディングボード			台 (年 月頃、未定)
介護ロボット	種類・台数等を記入:		
その他の福祉用具	種類・台数等を記入:		

現在の腰痛予防の取り組み状況

項 目	該当項目	備 考
1 モデル施設を目指して組織的に取組んでいる		
2 腰痛予防研修等に職員を参加させており、組織として積極的に腰痛予防に取り組みたい		
3 現在ある福祉用具を適切に活用し腰痛予防等対策を進めたい		
4 その他		