

## 《送信先》

(一社)茨城県福祉サービス振興会  
 FAX 029-241-6799  
 ( 送 信 票 不 要 )

メールでのお申し込みは  
 iba-kaigo@bh.wakwak.com まで

## 研修申込書

下記研修に申込みいたします。

申込み日 令和 2年 月 日

希望の研修に○をつける	日 時	研 修 名
	9/7 (月) 9:30~16:30	人間関係に欠かせない!! 関係づくりのためのコミュニケーション
	9/15 (火) 13:00~16:00	こころの病の理解とケア
	9/18 (金) 10:00~16:00	褥瘡のメカニズムと褥瘡予防
	9/24 (木) 9:30~16:30	介護現場での看取り

お申込みについて (どちらかに○)

事業所申込み・ 個人申込み

注) 事業所申込みの場合、緊急時を除いて事業所に連絡いたします。

フリガナ			
氏 名	男 ・ 女		
勤務先			
勤務先の 事業種別	特養 老健 デイサービス テイケア グループホーム 居宅 訪問介護 サ高住 小規模多機能型 その他 [ ]		
職種・役職		福祉関係の 経験年数	
連絡先住所	〒		
連絡先TEL		連絡先FAX	
緊急連絡先			
E-mail	※当日使用される機器のアドレスをご記入下さい		
研修参加時の 環境について	機器について	パソコン ・ タブレット ・ スマートフォン	
	接続について	有線 ・ Wi-Fi	
	参加場所について	職場 ・ ご自宅 ・ その他 ( )	