（別　紙３）**モデル施設研修受講申込書　（**　　年　　月　　日）

**※別紙４の「質問事項」を必ず一緒にご提出ください。**

（一社）茨城県福祉サービス振興会　行　**＜お申込期日：希望日の一ヵ月以上前でお願いします＞**

**※申込確認後、受講決定した事業所へ「受講決定通知」をメールにて送信します。（郵送希望の際は要連絡）**

ＦＡＸ№０２９－２４４－４４６３　／　　**E-mail：iba-kaigo.2f@ab.wakwak.com**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 代表者名（職種） |  |
| 住所　〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| e-mailアドレス**※受講決定通知送信先** |  |

**１**※２名以上の場合は、お手数ですが申込用紙をコピーしてお送りください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者名（フリガナ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 介護経験年 |  | 保有資格 |  |

**２**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者名（フリガナ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 介護経験年 |  | 保有資格 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修希望施設 |  |
| 研修希望日 | 第１希望日月　　日（　　） | 第２希望日　　　　月　　日（　　） | 第３希望日　　　　月　　日（　　） |

〇貴事業所について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護サービスの種別 |  | 平均要介護度 |  |
| 入所者数 | 人 | 職員数 | 人 |
| **使用車いす（該当箇所へ〇）**＊形式により説明内容が変わります。 | 一般型　・　跳ね上げ式　・　ﾃｨﾙﾄﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ式 |
| 施設の設備状況（腰痛予防関連） | リフト（種類）　　 | （　　　　　　　）　台　（　　　　　　）　台　　　　　 |
| ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾎﾞｰﾄﾞ | 　　　　　枚 | ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｼｰﾄ | 　　　　　枚 |
| その他 | （　　　　　　　）　台　（　　　　　　　）　台　 |

（別　紙４）**研修での質問事項**

※受講者ごとでも、事業所まとめて等いずれでも可。できるだけ具体的にご記入ください。

技術的なご質問の際、**より質問に沿った回答が行える**ことから、あらかじめ該当する場面の動画を撮影、添付してお申込みいただくことをお勧めします。（スマホ撮影短いもので可）