

(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をお願いします>

※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 No. 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 ()

○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○) *形式により説明内容が変わります。		一般型 ・ 跳ね上げ式 ・ ティルトクレンジング式	
施設の設備状況 (腰痛予防関連)	リフト (種類)	() 台	() 台
	スライディングボード	枚	スライディングシート 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)