

様式1

≪嶺北地域≫ 福井県介護実習・普及センター 行

FAX 0776-24-0063

≪嶺南地域≫ 福井県社会福祉協議会 嶺南支所 行

FAX 0770-52-7834

令和4年度 介護職員等訪問指導研修受講申込書

1. 事業所基本情報

令和 年 月 日

研修受講希望 事業所	法人名		事業所名	
			種別	
	代表者名		研修担当者名	
	〒 所在地			
	電話		FAX	
	メールアドレス（※必須）受講に関する連絡に必要となりますので必ずご記入ください。			
研修会場 ※上記事業所所在地と異なる場合にご記入ください。				
研修受講職員の 業務別人数	介護関係 人	医療関係 人	その他 人	受講者計 人
事業所が抱える 課題（困りごと） をご記入ください				

2. 研修開催のための情報

希望テーマ （研修メニューより お選びください）			
準備可能物品 （該当するもの に○をつけてく ださい）	電動ベッド	有 ・ 無	
	車いす	有 ・ 無	
	パソコン	有 ・ 無	
	プロジェクター	有 ・ 無	
	スクリーンや白い壁、ホワイトボードなどの投影場所	有 ・ 無	

3. 希望日程（第3希望までご記入ください）

第1希望	月 日（ ）	時 分～	時 分
第2希望	月 日（ ）	時 分～	時 分
第3希望	月 日（ ）	時 分～	時 分