

研修のお申込み・お問い合わせ

【お申込方法】

来館、はがき、FAX、Eメールで下記の内容をご記入の上お申し込み下さい。

★ご記入いただくこと

受講を希望する講座名、氏名、ふりがな、郵便番号、住所、電話番号、年齢、施設名、施設住所、施設連絡先、所属のサービス事業区分、取得している資格、受講の可否の郵送先（自宅又は施設）、領収書宛名（個人名又は施設名）

【お申込にあたって】

- ※ 応募者多数の場合は抽選（岡山市民の方優先）、少数の場合は中止することがあります。
- ※ 締め切り後も定員に余裕がある場合、受講できることがありますのでお問い合わせください。
- ※ Eメール及びFAXでお申し込みいただいた場合は、折り返し、受信した旨を連絡させていただきます。2～3日経過しても連絡がない場合は、お手数ですが、お電話でお問い合わせください。
- ※ 受講の可否については、締切後、はがきに内容を記載し、全員に郵送いたします。締切日を4～5日過ぎても、はがきが届かない場合は、お手数ですが講座担当までご連絡ください。
- ※ 講座の日程は変更になる場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ※ お子様連れでのご受講はご遠慮ください。
- ※ ときめきプラザ会員の方は「生涯学習講座受講割引券」をご利用いただけます。
- ※ お申込の際の個人情報、講座の運営上必要な資料作成(名簿等)、ご連絡、利用統計、新規開設講座のご案内、担当講師への情報提供に利用させていただきます。

介護職スキルアップ研修 申込用紙

受講を希望する研修に☑をご記入ください。

【申込日】令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 7/8(土)	認知症の方のための介護技術	<input type="checkbox"/> 6/25(日)	車いすやイスでの簡単なレクリエーション
<input type="checkbox"/> 7/9(日)	認知症の人への非薬物的介入	<input type="checkbox"/> 7/9(日)	認知症の症状改善を目的としたレクリエーション

ふりがな 氏名		年齢	施設名
住所	〒		施設住所
電話番号			施設 連絡先

【所属のサービス事業区分】

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（老健） | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 |
| <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 | <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
（グループホーム） | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 | | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

【取得している資格】※資格を証明する書類の添付は不要

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 | <input type="checkbox"/> 訪問介護員__級 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 准看護師 |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

受講可否の郵送先 どちらかに○印をしてください	自宅・施設	領収書の宛名 どちらかに○印をしてください	個人名・施設名
----------------------------	-------	--------------------------	---------