

# 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、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3～4日過ぎてても、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。**

## ----- 介護職ファーストステップ研修 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

7/10(月)	「ビジネスマナー研修」	<input type="checkbox"/>	9/23(土)	「薬の基礎知識」	<input type="checkbox"/>
10/8(日)	「介護職のメンタルヘルスケア」 「認知症の基本的理解・傾聴」	<input type="checkbox"/>	11/25(土)	介護技術基礎「観察と記録」	<input type="checkbox"/>
12/2(土)	介護技術基礎「口腔ケア」	<input type="checkbox"/>	12/3(日)	リスクマネジメント（基礎編）	<input type="checkbox"/>
12/3(日)	意思決定支援と権利擁護（基礎編）	<input type="checkbox"/>			

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		

### 【所属サービスの事業区分】

- |                                       |                                 |   |                                    |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|------------------------------------|
| <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     | <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 | （グループホーム） <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（ ）   |                              |                               |

受講の可否の郵送先 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
-----------------------------	-------	--------------------------	---------