|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 福島県社会福祉協議会 介護実習・普及センター 行  ＦＡＸ：**０２４３－６２－４６３３**  **メール：kaigo@fukushimakenshakyo.or.jp** |  | 到着  確認印 |  | ※確認印は受講決定を確約するものではありません。 |

**令和７年度 地域介護専門職員研修　受講申込書**

令和　 年　　　月　　　日

**１．勤務先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・  事業所名 |  | | 施設種別 |
|  |
| 所在地 | 〒  Tel　　　　　　　　　　　　 Fax | | 事務担当者 |
|  |
| Ｅメールアドレス | |  | |

**２．受講希望者**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 |  | | ふりがな |  | | 性別（性自認） |
| 氏名 |  | |  |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日  （　　　　　歳） | | ※現職経験年数 | 福祉・保健・医療の通算経験年数 | |
| 年　　　　月 | 年　　　　月 | |

※現職経験年数、福祉・保健・医療の通算年数は、受講希望研修の属する月現在でご記入ください。なお、研修を複数申し

込む場合は、そのうちの日付が**早い研修に合わせてご記入ください。　例）排泄ケア研修⇒令和7年8月現在で記入**

**３．受講希望コース（複数同時申込可）　希望コースに○をつける**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **番号** | **○** | **時期** | **研修名** | **番号** | **○** | **時期** | **研修名** |
| ➀ |  | 6/6～7 | 地域アセスメント研修 | ⑥ |  | 10/22～23  11/12～13 | 相談援助面接研修（中級編） |
| ② |  | 5/21 | 広報力アップ研修 | ⑦ |  | 10/9  11/6～7 | 福祉用具・住宅改修研修 |
| ③ |  | 7/3 | 職場マネジメント研修 | ⑧ |  | 8/1～2  9/26～27 | 排泄ケア研修 |
| ④-1 |  | 12/10 | 相談援助面接研修（記録編）基礎コース | ⑨-1 |  | 9/4 | ﾋﾟﾝﾎﾟｲﾝﾄ介護技術研修（移乗・移動編） |
| ④-2 |  | 1/21 | 相談援助面接研修（記録編）実践コース | ⑨-2 |  | 10/29 | ﾋﾟﾝﾎﾟｲﾝﾄ介護技術研修（介護ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ編） |
| ⑤ |  | 6/26～27 | 相談援助面接研修（初級編）第１回 | ⑨-3 |  | 11/19 | ﾋﾟﾝﾎﾟｲﾝﾄ介護技術研修（排泄介助編） |
| ⑤ |  | 9/18～19 | 相談援助面接研修（初級編）第２回 | ⑩ |  | 2/4 | 福祉施設職員のためのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ力向上研修 |

研修日程やプログラム、申込締切日（各回ごとに設定）はこちらから確認できます（研修番号２４以降）⇒

**４．受講前アンケート　※複数受講希望の場合は、研修名を枠内に記載**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【本人記載】  研修に期待  することや  講師への質問 |  | 【所属長記載】  研修に期待  すること |  |

**◆上記１～４の各項目は、必ず全てご記入ください。**

**◆送信いただいてから３営業日以内に確認の返信FAXが無い場合、お手数ですが ℡0243-23-8306へご連絡ください。**