

実践介護技術向上支援事業

令和2年度介護技術出前講座受講申込書Zoom限定版 (第\_\_回目)

※1回毎に申込書を記入しFAX願います。3回希望する場合はコピーして使用して下さい。

【申込日：令和 年 月 日】

法人名			〒 ( )
事業所名			所在地
サービス内容			ご担当者名
事業所状況	開設年月	年 月	利用定員数 人 職員人数 人
TEL			FAX
会場	自職場	その他(名称:	住所: )
希望開催日時 (60分間)	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
<b>※受講要件の確認欄</b> (該当する事業者様の現況に○をつけて下さい)			
ア	利用者の定員規模が、施設サービスで50人以下の施設、在宅サービスで20人以下の事業所を運営する法人又は会社		
イ	運営している施設・事業所の種類・数が単一である事業者(ただし、訪問介護事業所やデイサービスセンターなどの事業所(定員20人以下)が併設されている施設は対象とする。)		
※希望の研修テーマ1つに○をつけて下さい			
No	講座内容		No 講座内容
1	食事の介助		5 ターミナルケアの理解
2	排泄ケア		6 事故予防と緊急時の対応
3	入浴・清拭の介助		7 接遇
4	認知症ケア(実践)		8 虐待と身体拘束廃止
※要望等ありましたらご記入下さい。		※下記機材の準備について	
受講予定者数 (三密回避可能人数) 名		①視聴方法 PC ・ タブレット	
		②使用する端末に内臓されている。	
		カメラ ・ マイク	
		③使用端末台数 台	

※Windows7以前搭載のパソコンはスペックが不足する場合があります。

※カメラ、マイクが内臓されていない端末を使用する場合は、外付けが必要になります。

※後日、Zoomで使用するメールアドレスを事前把握シートにて確認させていただきます。