

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及びDVD貸出)(第\_\_回目)

Zoom  DVD貸出 ※該当の方法にして下さい。

※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			所在地	〒( )		
事業所名						
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		

※受講要件の確認欄 (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人以下の事業所を経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(Zoomのみ)	6	事故予防と緊急時の対応(Zoom)(DVD)
2	排泄ケア(Zoomのみ)	7	接遇(Zoom)(DVD)
3	入浴・清拭の介助(Zoomのみ)	8	虐待と身体拘束廃止(Zoom)(DVD)
4	認知症ケア(実践)(Zoom)(DVD)	9	移動・移乗 (DVDのみ)
5	ターミナルケアの理解(Zoomのみ)	※下記機材の準備について(Zoomのみ記載)	
※要望等ありましたらご記入下さい。		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。	
受講予定者数 名		カメラ ・ マイク	
(三密回避可能人数)		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。