

実践介護技術向上支援事業

令和3年度介護技術出前講座 対面講座受講申込書(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			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 ※要相談		6	事故予防と緊急時の対応	
2	排泄ケア ※要相談		7	接遇	
3	入浴・清拭の介助 ※要相談		8	虐待と身体拘束廃止	
4	認知症ケア(実践)		9	移動・移乗 ※要相談	
5	ターミナルケアの理解		10	口腔ケア	
※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		
			①パソコン(パワーポイント用ソフトが挿入されているもの) 可・不可		
			②プロジェクター 可・不可		
			③スクリーン又はホワイトボード 可・不可		
受講予定者数 (三密回避可能人数)	名		駐車場の有無	有 ・ 無	

※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。

実践介護技術向上支援事業

令和3年度介護技術出前講座 オンライン講座受講申込書(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			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 ※要相談		6	事故予防と緊急時の対応	
2	排泄ケア ※要相談		7	接遇	
3	入浴・清拭の介助 ※要相談		8	虐待と身体拘束廃止	
4	認知症ケア(実践)		9	移動・移乗 ※要相談	
5	ターミナルケアの理解		10	口腔ケア	
※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		
			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		
受講予定者数 (三密回避可能人数) 名			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。

一般社団法人静岡県介護福祉士会 行 (FAX 054-253-0829)

実践介護技術向上支援事業

令和3年度介護技術出前講座 DVD貸出申込書

※個人の視聴ではなく、複数の職員で時間を共有し、研修形式でご視聴ください。 【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:

※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No.に○をつけ、視聴希望日・視聴予定者数をご記入下さい (最高5枚まで)

No	講座内容	貸し出し希望期間(1週間)	視聴予定者数
1	食事の介助 ※11月中旬以降可	月 日 ~ 月 日	
2	排泄ケア	月 日 ~ 月 日	
3	入浴・清拭の介助 ※11月中旬以降可	月 日 ~ 月 日	
4	認知症ケア(実践)	月 日 ~ 月 日	
5	ターミナルケアの理解	月 日 ~ 月 日	
6	事故予防と緊急時の対応	月 日 ~ 月 日	
7	接遇 ※11月中旬以降可	月 日 ~ 月 日	
8	虐待と身体拘束廃止	月 日 ~ 月 日	
9	移動・移乗 ※11月中旬以降可	月 日 ~ 月 日	
10	口腔ケア	月 日 ~ 月 日	

※要望等ありましたらご記入下さい。