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5年度介護技術出前講座＜訪問及びオンライン＞申込書 （第____回目）

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

ご希望の講義形式に〇をつけてください。 （　　）訪問研修 （　　）オンライン研修

【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（90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〇をつけて下さい）

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つに〇をつけて下さい

No	講座内容	No	講座内容
1	食事の介助	7	接遇
2	排泄ケア	8	虐待防止について
3	入浴・清拭の介助	9	身体拘束廃止
4	認知症ケア（実践）	10	移動・移乗
5	ターミナルケアの理解	11	口腔ケア
6	事故予防と緊急時の対応	12	感染症予防のための基礎知識

※要望等ありましたらご記入下さい。

※受講予定者数　　名

駐車場の有無　有 ・ 無

訪問の場合 下記機材について準備できるものに☑をしてください。

□パソコン（パワーポイントが挿入されているもの）
□プロジェクター
□スクリーン又はホワイトボード

オンラインの場合 下記に☑を入れて下しさい。

①視聴方法　□PC　□タブレット
②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5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〇をつけて下さい）

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No.に〇をつけ、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（10日間程度）	視聴予定者数
1	食事の介助	月 日 ～ 月 日	
2	排泄ケア	月 日 ～ 月 日	
3	入浴・清拭の介助	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	月 日 ～ 月 日	
8	虐待防止について	月 日 ～ 月 日	
9	身体拘束廃止	月 日 ～ 月 日	
10	移動・移乗	月 日 ～ 月 日	
11	口腔ケア	月 日 ～ 月 日	
12	感染予防のための基礎知識	月 日 ～ 月 日	

※要望等ありましたらご記入下さい。