

実践介護技術向上支援事業

令和6年度介護技術出前講座<対面及びオンライン>申込書 (第__回目)

※1回毎に申込書を記入しFAX願います。3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○をつけてください。 ()対面研修 ()オンライン研修

【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 (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○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	8	高齢者虐待防止について
2	排泄ケア	9	身体拘束廃止
3	入浴・清拭の介助	10	移動・移乗
4	認知症ケア(実践)	11	口腔ケア
5	ターミナルケアの理解	12	感染予防のための基礎知識
6	事故予防と緊急時の対応	13	BCP(事業継続計画)~自然災害編~
7	接遇	※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			
対面の場合 下記機材について準備できるものに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> パソコン(パワーポイントが挿入されているもの) <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> 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☑を入れて下さい。 ①視聴方法 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 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、マイクが内蔵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6年度介護技術出前講座 YouTube視聴・DVD貸出申込書

ご希望の視聴形式に○をつけてください。 ()YouTube ()DVD

※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(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	
13	BCP(事業継続計画)～自然災害編～	月 日 ~ 月 日	

※要望等ありましたらご記入下さい。