

平成18年度 北海道ホームヘルプサービス協議会
 サービス提供責任者資質向上研修・訪問介護員等資質向上研修 参加申込書

送信日 月 日

（連絡先情報）

事業所名		担当者	
住 所	〒		
TEL		FAX	

○サービス提供責任者資質向上研修 参加者氏名等記入欄

会場名	氏 名	役 職 名	取得資格	ホームヘルプサービス協議会 会員の別
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
介護予防訪問介護の実施 有 ・ 無 【申込日現在、有の場合】 介護予防訪問介護の利用者数 _____ 名 ※演習で使用しますので、必ず介護予防訪問介護計画表を添付 してお申し込みください（事業所名は公表しません）。 ----- 【申込日現在、無の場合】 ・該当者がいない ・事業展開を検討中である ・今後も事業展開する予定がない ・その他 （ _____ ） ○をつけてください		※事業所内でのケースにおける困難事例等を必ず、ご記入ください （1事業所1事例）。演習の際にグループ内にて発表いただく予定です。 また、皆様よりご記入いただいた中の事例を取り上げて、演習を予定して おります。		

○訪問介護員等資質向上研修 参加者氏名等記入欄

会場名	氏 名	役 職 名	取得資格	ホームヘルプサービス協議会 会員の別
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員
			介護・1級・2級	会員・準会員・非会員

※取得資格（凡例：介護→介護福祉士、1級→ヘルパー1級）、ホームヘルプサービス協議会会員の別の欄については、
 該当項目に○を付けてください。

※会場名（函館・旭川・札幌・帯広）は必ずご記入ください。

※参加申し込みの際にいただいた氏名等の情報は、参加者名簿に使用させていただきますので予めご承知おきください。