

コピーしてご使用ください。

北海道ホームヘルプサービス協議会事務局（担当：寺井・三上）行き

FAX番号：011-271-3956（送付状は付けずにFAXしてください）

令和元年度北海道ホームヘルプサービス協議会 スキルアップ研修＜参加申込書兼アンケート＞

（連絡先情報）

事業所名		連絡担当者	
住所			
電話番号		FAX番号	

（参加者氏名等）

希望 開催地	フリガナ	役職名	実務経験年数	取得資格	北海道ホームヘルプ サービス協議会 会員の別	※旭川会場 昼食希望
	氏名					
			年 月	介護・基礎・ 実務・初任	会員・準会員・非会員	
			年 月	介護・基礎・ 実務・初任	会員・準会員・非会員	
			年 月	介護・基礎・ 実務・初任	会員・準会員・非会員	

- ※ 開催要綱3の開催地より、参加を希望する回の番号（例：札幌会場 第2回に参加の場合→「②」）を必ずご記入ください。
- ※ 申込多数の場合、会員・準会員優先の上、先着順を基本として受付いたします。
- ※ 取得資格【介護→介護福祉士、基礎→基礎研修、実務→実務者研修（旧ヘルパー1級）、初任→初任者研修（旧ヘルパー2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、いずれかに○を付けてください。
- ※ 申込後の参加者変更やキャンセルについては、必ず事前にご連絡ください。
- ※ 旭川会場は、昼食希望者のみ「昼食希望」欄にご記入ください。

【アンケート】

・今回の研修テーマの中で、学びたいポイントや現在業務上で抱えている問題について、ご記入ください。

I 講義1のテーマについて

--

II 講義2のテーマについて

--

- ※ 記載事項が枠内を超えるようでしたら、様式は自由ですので、別紙にてお送りください。
- ※ 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了承ください。

