

【申込期日：12月1日（金）必着】

コピーしてお送りください。

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）

平成29年度北海道ホームヘルプサービス協議会 スキルアップ研修会＜参加申込書兼アンケート＞

（連絡先情報）

事業所名		担当者	
住所			
電話番号		FAX番号	

（参加者氏名等）

（フリガナ） 氏名	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	昼食希望
		年 月	介護・基礎・1級・2級	会員・準会員・非会員	希望・希望しない
		年 月	介護・基礎・1級・2級	会員・準会員・非会員	希望・希望しない
		年 月	介護・基礎・1級・2級	会員・準会員・非会員	希望・希望しない

※ 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、昼食希望の欄については、いずれかに○を付けてください。

※ 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。

【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. 「医療と介護の連携」

--

II. 「感染症の予防と対策」

--

III. 「アンガーマネジメント」

--

※ 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。