

【申込期日：12月6日（木）必着】

コピーしてお送りください。送付状は不要です。

北海道ホームヘルプサービス協議会事務局（担当：寺井・野口）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30年度北海道ホームヘルプサービス協議会 上級者ステップアップ研修会＜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・実務・初任 | 会員・準会員・非会員 | 希望・希望しない |
| | | 年 月 | 介護・基礎・実務・初任 | 会員・準会員・非会員 | 希望・希望しない |
| | | 年 月 | 介護・基礎・実務・初任 | 会員・準会員・非会員 | 希望・希望しない |

※ 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、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. 「利用者の安全を守るために～現役消防官が伝授する極意」

| |
|--|
| |
|--|

II. 「褥瘡ケアについて」

| |
|--|
| |
|--|

III. 「ヘルパーのための口腔ケアとアセスメント」

| |
|--|
| |
|--|

※ 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。