

【申込期日：3月2日（月）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・三上）行き

FAX番号：011-271-3956

令和元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	

（参加者情報）

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
		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

※ 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. 「訪問介護事業所におけるBCP（事業継続計画）の作成～リスクマネジメントについて～」

--

II. 「経営者の視点から考えるリスクマネジメント」

--

III. 「訪問介護計画の立案～自立支援・ICFの視点から～」

--

※ 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。