

宮城県介護福祉士会事務局あて



FAX : 022 (399) 6570

Email:jimukyoku01@m-kai-shikai.or.jp

『小規模事業所サポート出前研修 申込書』

送信日： 年 月 日

事業所名			
所在地			
担当者	氏名		ふりがな
	役職		
連絡先 (日中連絡の取れる番号等)	TEL		
	FAX		
	Email	@	
希望日時	第1希望	年 月 日 ( )	: ~ :
	第2希望	年 月 日 ( )	: ~ :
	第3希望	年 月 日 ( )	: ~ :
希望研修 (いずれかに○)		①介護技術(介護者の身体の使い方と利用者支援)	
		②接遇	
		③制度とサービス(訪問介護または通所介護)の理解	
希望会場 (いずれかに○)		自事業所	
		圏域内の会場(近隣の公共施設等)	
事業所概要	開設年月	年 月	
	法人種別	( 会社 ) ・ NPO ・ その他 ( )	
	従業員数	名 (うち介護職 名)	
サービス種別 (該当するものに○)		訪問介護	
		通所介護	
摘要 (伝達事項)			