

(別紙2)

申込締切:平成 30 年 11 月 5 日(月)必着

申込先:FAX 03-5470-6762 (長寿社会開発センター 地域包括ケア・介護研修部 介護研修課 行)

## 平成 30 年度 介護技術指導者研修会 申込書

記入日:平成 年 月 日

フリガナ		年		性	
氏 名		齡	歳	別	女・男
勤務先名称					
ご連絡先住所	※該当する番号に○を付して下さい。 → [ 1. 勤務先 ・ 2. ご自宅 ] 〒 TEL: FAX:				
介護職員初任者研修開講状況	※該当する番号に○をして下さい。 1. 開講済 2. 開講予定 ⇒ 平成( )年( )月頃開講予定 3. 開講未定				
介護職員初任者研修における担当科目	※該当する番号に○をして下さい。 1. 介護の基本的な考え方 2. 介護に関するこころのしくみの基礎的理解 3. 介護に関するからだのしくみの基礎的理解 4. 生活と家事 5. 快適な居住環境整備と介護 6. 整容に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 7. 移動・移乗に関連した～・・・ 8. 食事に関連した～・・・ 9. 入浴・清潔保持に関連した～・・・ 10. 排泄に関連した～・・・ 11. 睡眠に関連した～・・・ 12. 死にゆく人に関連した～・・・ 13. 介護過程の基礎的理解 14. 総合生活支援技術演習				
保有資格等	※保有する資格等の番号に○をし、( )に実務経験をご記入下さい。 1. 訪問介護員1級 ( )年 2. 訪問介護員2級 ( )年 3. 介護福祉士 ( )年 4. 介護支援専門員 ( )年 5. 社会福祉士 ( )年 6. 看護師 ( )年 7. 准看護師 ( )年 8. 教諭〔 科〕 ( )年 9. その他〔 〕 ( )年				
募集を何で知りましたか?	※該当する番号を○で囲んで下さい。 1. 当センターHP 2. 当センターからの案内 3. 都道府県担当課による案内 4. その他				

※上記申込書の記入が、申込者本人でない場合、記入者氏名とご連絡先をご記入下さい。(受講結果等をご連絡させていただきます)

氏 名	(フリガナ: )
連絡先	〒 TEL: FAX:

○ ここに記載された個人情報は、本事業以外の目的では使用いたしません。

○ ここに記載された個人情報は、情報を提示いただいた方の同意を得た当センター以外の第三者に提供、開示等一切いたしません。

○ ここに記載された個人情報について、本事業の事務を当センター以外の者に委託する場合には、個人情報の漏洩や再提供等しないよう、契約により義務づけ適切な管理を実施させます。