申込先：社会福祉法人幸清会　舟見の杜2014（担当：波方）まで

ＦＡＸ：０１４３－２５－７７０１　メール：namikata.haruki.03@koseikai-wel.or.jp

社会福祉法人幸清会

平成28年度　西胆振地域連携研修参加申込書

①研修参加申込者の情報をご記入ください

事 業 所 名

連絡先（ＴＥＬ）

職　　種

連絡先（ＦＡＸ）

参 加 者 氏 名

申込ご担当者

②参加を希望される研修に○を記入してください。また、宿泊・懇親会・食事を希望される方は、合わせて○を記入してください。

お1人1枚で複数の研修お申込みが可能です。

研修ＮＯ	開催月	開催日	研修名	参加 1日：1,000円 2日：2,000円	宿泊 2,500円	懇親会 2,500円	1日目昼食 500円	2日目朝食 500円	2日目昼食 500円
1	6	12	権利擁護研修（在宅系事業所編）						
2		15	ひもときシート指導者養成研修						
3	7	6-7	介護スタッフ実践力向上研修（初級）						
4		10	通所・訪問系介護スタッフ研修（洞爺湖）						
5		13	労務管理研修						
6	8	8	ユニットケア専門研修会①						
7		10	タクティールケアフォローアップ研修						
8		16-17	介護スタッフ実践力向上研修(中級)						
9		24	非常勤ケアワーカー研修（洞爺湖・豊浦）						
１０	9	21	ケアマネジャー資質向上研修						
１１		24-25	介護事業所管理者研修						
１２	10	3	生活支援コーディネーター研修						
１３		12-13	介護スタッフ実践力向上研修（上級）						
１４		19	権利擁護研修（入居系事業所編）						
１５		24-25	介護スタッフ実践力向上研修(リーダー)						
１６	11	2	タクティールケアフォローアップ研修						
１７		9	介護事業所専門職（看護・栄養・リハ）						
１８		21	ユニットケア専門研修会②						
１９		27	通所・訪問系介護スタッフ研修（伊達）						
２０	12	3	認知症ケア専門士研修						
２１		7	非常勤ケアワーカー研修（伊達・室蘭）						
２２	1	12	生活相談員研修						

以下、事務局記入

受付Ｎｏ．

受講決定通知書

受講者氏名：

研修Ｎｏ	研修名	費用
		円
		円
		円

研修当日は、当受講決定通知書をお持ちください