



FAX :092-482-0453



必要事項をご記入の上、この面だけを上記までファクシミリでご送信下さい。

新規・再送
変更・キャンセル

(該当項目を○で囲む)

福岡県介護職員管理能力向上事業 令和元年度明るい介護職場づくり塾 申込用紙

必ずご記入ください	法人名					事業所名		
	事業所所在地	〒 () - ()						
	電話番号				FAX 番号			
	申込責任者	フリガナ 氏名				役職名		
	研修受講者	フリガナ 氏名				役職名		
	希望研修番号	第一希望				第二希望		
	希望研修番号	第三希望						
申込理由								
この研修に参加するにあたって、目標設定をしてください。※1（下記の二つから一つを選択）							チェック欄	
①定着率の向上を目指したい							<input type="checkbox"/>	
②非正規職員を正規職員へ転換を目指したい							<input type="checkbox"/>	
目標達成に取り組む対象事業所情報をご記入ください。								
指定年月日	S・H・R	年	月	事業所名		サービス種別番号		
指定年月日	S・H・R	年	月	事業所名		サービス種別番号		
指定年月日	S・H・R	年	月	事業所名		サービス種別番号		
指定年月日	S・H・R	年	月	事業所名		サービス種別番号		

《サービス種別》

- | | | | |
|---------------|----------------|---------------------|---------------------|
| 1 訪問介護 | 8 短期入所生活介護 | 15 介護老人保健施設 | 22 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 2 訪問入浴介護 | 9 短所入所療養介護 | 16 介護療養型医療施設 | 23 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 3 訪問看護 | 10 特定施設入居者生活介護 | 17 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 24 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 4 訪問リハビリテーション | 11 福祉用具貸与 | 18 夜間対応型訪問介護 | 25 介護予防支援 |
| 5 居宅療養管理指導 | 12 特定福祉用具販売 | 19 認知症対応型通所介護 | 26 地域密着型通所介護 |
| 6 通所介護 | 13 居宅介護支援 | 20 小規模多機能型居宅介護 | |
| 7 通所リハビリテーション | 14 介護老人福祉施設 | 21 認知症対応型共同生活介護 | |

※1. 目標達成に取り組む対象事業所が複数ある場合は、平成30年3月31日以前に指定を受けた事業所と平成30年4月1日から平成31年3月31日までの間に指定を受けた事業所は、別々にお申込みください。

※2. 受講者については、福岡県と協議の上、決定します。

※3. 受講が決定した場合は、福岡県のホームページに次の内容を公表します。

①法人名、事業所名、③宣言の内容、④宣言を達成した場合、宣言達成法人及び宣言達成事業所名

※4. ご記入いただいた個人情報、他の目的に使用することはありません。

弊社使用欄	

[お問合せ先] 平日/09:00~17:30

麻生教育サービス(株) 医療福祉事業部 人材育成支援課 TEL:092-292-7456

※福岡県暴力団排除条例(平成21年福岡県条例第59号)第2条に規定する暴力団員等又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者に該当する場合は、受講することができません。