

平成 29 年度 エイシン福祉教育センター  
**【スキルアップ研修 受講申込書】**

エイシン福祉教育センター事務局 FAX : 025-242-3112 申込日 : 平成 年 月 日

	申込	開催日程	会場	研修内容
<b>研修選択</b>  <b>ご希望の研修 の申込欄に ○を付けて 下さい</b> <b>(複数選択可)</b>		5月10日(水)	新潟1	ボディメカニクスに基づく介護技術の基本Ⅰ
		5月24日(水)	新潟2	認知症の人と家族の気持ち
		6月15日(木)	新潟1	ボディメカニクスに基づく介護技術の基本Ⅱ
		6月30日(金)	新潟2	介護現場で使える福祉レクリエーション
		7月20日(木)	新潟2	医師に学ぶ看取りケア
		8月25日(金)	新潟2	介護職員の人材育成に役立つスーパービジョン
		9月22日(金)	新潟2	もう一度見直そうフットケアの重要性
		10月26日(木)	新潟2	介護業務で実践できる腰痛予防
		11月16日(木)	新潟1	理学療法士に学ぶ生活リハビリ
		12月11日(月)	新潟2	感染症・食中毒の基礎知識と予防方法
		1月17日(水)	新潟2	弁護士に学ぶ苦情対応・クレーム処理
		1月29日(月)	新潟2	施設におけるチームワークづくり
		2月13日(火)	新潟2	ひもときシートを使った認知症ケア
		2月28日(水)	新潟2	明日から役立つ介護職のための薬の知識
		3月15日(木)	新潟2	利用者を中心とした介護計画の立て方
	3月28日(水)	新潟2	介護に役立つ病気の基礎知識	
フリガナ				<b>性別</b> 男・女
氏名				
ご住所 (書類送付先)	〒 _____ (自宅・勤務先)			
連絡先	自宅・勤務先		携帯	
勤務先名称				
領収証	※領収証が必要な方は、以下に宛名(個人名または会社・事業所名等)をご記入願います。			
当校介護技術講習会 受講有無	※当校介護技術講習会を受講された方のみご記入願います。 平成 _____ 年度 介護技術講習会受講			
当校実務者研修 受講有無	※当校実務者研修を受講された方、または、受講が決定している方のみご記入願います。 有 ・ 無			
グループ校 卒業情報	学校名	※グループ校卒業生のみご記入願います。(if・nifis・mew・Hi)		<b>《事務局記入欄》</b>
	学科名		卒業年度	

※お申込みは各自1枚ずつご記入願います。複数人数でお申込みの場合は、申込書をコピーしてご使用ください。