

令和2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 : 025-240-6308 申込日 : _____年 _____月 _____日

	No.	申込	開催日程	研修内容	
研修選択 ご希望の研修 の申込欄に ○を付けて 下さい (複数選択可) 【研修時間】 13:30~16:30	1		4月15日(水)	これだけは知っておきたい「介護技術の基本」	
	2		4月28日(火)	介護者のための腰痛予防と疲労回復	
	3		5月20日(水)	体に負担の少ない介護技術のしくみ	
	4		6月3日(水)	好印象を与える介護職の「接遇・マナー」	
	5		6月19日(金)	安全に食べるための摂食・嚥下機能を理解する	
	6		7月1日(水)	高齢者を癒す「アロマハンドトリートメント」	
	7		7月20日(月)	高齢者に多い疾患と薬の効能・副作用	
	8		8月3日(月)	介護職のストレスの理解と対処法	
	9		9月14日(月)	チームマネジメントにおける介護リーダーの役割	
	10		10月12日(月)	心身の活性化につながる音楽療法	
	11		11月27日(金)	高齢者虐待の現状と予防・対策	
	12		12月23日(水)	「終末期」を支える介護職の役割	
	13		1月22日(金)	認知症の中核症状とBPSD(周辺症状)の理解	
	14		2月16日(火)	理学療法士から学ぶ「廃用性の予防・改善」	
	15		3月9日(火)	サービス利用者の人権を守る「成年後見制度」の理解	
	16		3月25日(木)	チームケアに役立つ「伝わるケース記録」の書き方	
フリガナ				性別	男・女
氏名					
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(個人名または施設・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。 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。 年度 実務者研修受講				
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 等)			《事務局記入欄》
	学科名		卒業年度		

※お申込みは一人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。