

職場研修サポート事業講師派遣申請書

研修希望内容ごとに作成してください。

複数の研修を希望する場合は、この用紙をコピーしてお申込みください。

平成 〇〇 年 8 月 2 日

申込みは研修希望日の2ヶ月前までとします。

施設・事業所の名称	法人名 〇〇法人 〇〇会	
	施設名 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇苑	
事業所のサービス(施設)種別 ○をつけてください。	1.高齢者(介護保険施設) 2.高齢者(介護保険施設以外) 3.障がい者(複合) 4.障がい者(身体) 5.障がい者(知的) 6.障がい者(精神) 7.児童(保育所) 8.児童(保育所以外) 9.社会福祉協議会 10.その他()	
施設・事業所の所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 △丁目 12-3	
研修実施場所 ※研修当日の連絡先	〒 - 同上 (場所) 施設内 大ホール ※(TEL)090-〇〇〇〇-△△△△	
担当者の職種・氏名	職種・役職名等	主任看護師
	ふりがな	〇かわ 〇こ
担当者連絡先	TEL	〇〇〇〇-△△-〇〇〇〇
	FAX	〇〇〇〇-△△-〇〇〇〇
研修対象職員 職種・人数 ※職種は多い順にご記入ください。	職種	介護職・看護職・介護支援専門員・ OT・PT・施設長・事務職・調理員 合計 50 名
研修希望日程 (第3希望まで) ※原則として、講師決定後のキャンセルはできませんので、確実に研修が行える日程をご記入ください。	第1希望	10月15日(火) 17時00分～18時00分
	第2希望	10月16日(水) 18時00分～19時00分
	第3希望	10月17日(木) 17時00分～18時00分
その他の日程について	<input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 日にちのみ変更可 <input type="checkbox"/> 時間のみ変更可 <input checked="" type="checkbox"/> 日にち・時間調整可 <input type="checkbox"/> 調整不可	
職場研修サポート事業講師派遣について	<input type="checkbox"/> 今回が初めての利用 <input checked="" type="checkbox"/> 利用したことがある	
希望研修プログラム・科目 ◎職場研修サポート事業プログラム一覧から選んで記入ください。	プログラムNo.(34)	科目名 (接遇・マナー)
	研修内容 (介護職員としての倫理・価値観・モラルを学ぶ)	
◎希望研修科目について希望する内容を具体的にご記入ください。 ※必ずご記入ください。	法人全体で接遇・マナーについて学ばせていただきたいと思います。	
◎その他、要望・確認したい事項等についてご自由にご記入ください。	講師の選定にあたっては、介護現場での実績・経験のある講師を希望します。	

お問合せ先：社会福祉法人島根県社会福祉協議会（島根県福祉人材センター）
TEL (0852) 32-5975 FAX (0852) 32-5956
E-mail shokusapo@fukushi-shimane.or.jp

職場研修サポート事業講師派遣申請書

研修希望内容ごとに作成してください。
複数の研修を希望する場合は、この用紙をコピーしてお申込みください。

平成 年 月 日

申込みは研修希望日の2ヶ月前までとします。

施設・事業所の名称	法人名			
	施設名			
事業所のサービス(施設)種別 <small>○をつけてください。</small>	1.高齢者(介護保険施設) 2.高齢者(介護保険施設以外) 3.障がい者(複合) 4.障がい者(身体) 5.障がい者(知的) 6.障がい者(精神) 7.児童(保育所) 8.児童(保育所以外) 9.社会福祉協議会 10.その他()			
施設・事業所の所在地	〒 -			
研修実施場所 <small>※研修日当日の連絡先</small>	〒 - (場所) ※(TEL)			
担当者の職種・氏名	職種・役職名等	ふりがな		
		氏名		
担当者連絡先	TEL	メール		
	FAX			
研修対象職員 職種・人数 <small>※職種は多い順にご記入ください。</small>	職種		合計	名
研修希望日程 (第3希望まで) <small>※原則として、講師決定後のキャンセルはできませんので、確実に研修が行える日程をご記入ください。</small>	第1希望	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	月	日 ()	時 分 ~ 時 分
その他の日程について <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 日にちのみ変更可 <input type="checkbox"/> 時間のみ変更可 <input type="checkbox"/> 日にち・時間調整可 <input type="checkbox"/> 調整不可			
職場研修サポート事業講師派遣について	<input type="checkbox"/> 今回が初めての利用 <input type="checkbox"/> 利用したことがある			
希望研修プログラム・科目 <small>◎職場研修サポート事業プログラム一覧から選びご記入ください。</small>	プログラムNo.()	科目名 ()		
	研修内容 ()			
◎希望研修科目について希望する内容を具体的に記入ください。 <small>※必ずご記入ください。</small>				
◎その他、要望・確認したい事項等についてご自由にご記入ください。				

お問合せ先：社会福祉法人島根県社会福祉協議会（島根県福祉人材センター）
TEL (0852) 32-5975 FAX (0852) 32-5956
E-mail shokusapo@fukushi-shimane.or.jp