

FAX : 0852-32-5956

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。

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 ○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	〒 -			
研修実施場所 ※研修日当日の連絡先	〒 - (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 ※職種は多い順にご記入ください。	職種			合計 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	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 ◎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。	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。 ※必ずご記入ください。				
◎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。				

お問い合わせ先：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。
申込みは研修希望日の2ヶ月前までとします。

〇〇年 8月 2日

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□□苑	
事業所のサービス(施設)種別 ○をつけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 1.高齢者(介護保険施設) <input type="checkbox"/> 2.高齢者(介護保険施設以外) <input type="checkbox"/> 3.障がい者(複合) <input type="checkbox"/> 4.障がい者(身体) <input type="checkbox"/> 5.障がい者(知的) <input type="checkbox"/> 6.障がい者(精神) <input type="checkbox"/> 7.児童(保育所) <input type="checkbox"/> 8.児童(保育所以外) <input type="checkbox"/> 9.社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 10.その他()	
施設・事業所の所在地	〒 〇〇〇 - □□□□ 〇〇市 □□町 △丁目 12-3	
研修実施場所 ※研修日当日の連絡先	〒 - 同上 (場所) 施設内 大ホール ※(TEL) 090-□□□□-△△△△	
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 □こ 氏名 〇川 □子
	TEL 〇〇〇〇-△△-□□□□	メール □□□〇〇-××@〇〇.□□.△△
担当者連絡先	FAX 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びご記入ください。	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