**令和５年度訪問介護サービス提供責任者研修　受講申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | （申込担当者氏名　　　　　　　　　） | | | |
| 事業所所在地 | 住　所 | 〒 | | |
|  | | |
| 電　話 | （　　　　）　　　－ | | |
| ＦＡＸ | （　　　　）　　　－ | | |
| メール | （オンライン受講の場合は必ず記入してください） | | |
| （ふりがな） |  | | | |
| 受講者氏名 |  | | | |
| 職　名  ※該当する項目に | サービス提供責任者　　　　管理者　　　その他 | | | |
| サービス提供責任者の  経験年数  ※該当する項目に | １年未満  １年以上５年未満  ５年以上 | | 医療・保健・福祉の  通算経験年数 | ５年未満  ５年以上１０年未満  １０年以上 |
| 資格等  ※該当する項目に | 介護福祉士　　　実務者研修修了者　　　訪問介護員養成研修1級課程修了者  介護職員基礎研修修了者　　　　□看護師又は准看護師 | | | |
| 受講方法  ※該当する項目に | オンライン受講　　　会場受講 | | | |
| 「働きがいの高い  職場づくりとしての  訪問介護現場における  生産性向上の取り組み」 | ※質問事項や学びたいこと等具体的にご記入ください。 | | | |
| 「訪問介護現場に対する  生産性向上に係る  施策について」 | ※質問事項や学びたいこと等具体的にご記入ください。 | | | |
| 「私のはたらきかたが  変われば現場が変わる」  ～自分をどう生きるか、  はさまれ世代の  ワークライフバランス～ | ※質問事項や学びたいこと等具体的にご記入ください。 | | | |

※申込締切　　**令和５年８月３１日（木）**

※送 信 先　　愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課（担当：林・森田・下岡）

※ＦＡＸ　**０８９－９２１－３３９８（※送信紙不要）**