**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　[x]  | 　[ ] 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　[x]  | 　　[ ] 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　[x]  | 　[ ] 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　[x]  | 　[ ] 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）**