**令和７年度　愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業**

**スキルアップ研修　受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | |
| **氏　　名** |  | | | | | | | | | | |
| **役職名** |  | | | | | **実務経験年数** | | | | 年　　　月 | |
| **事業所名** |  | | | | | **事業所種別** | | | |  | |
| **資格等** | ※該当するところに☑をつけてください。  介護福祉士　介護支援専門員　介護職員基礎研修修了  訪問介護員1級課程修了　訪問介護員2級課程修了　介護職員初任者研修修了　看護師　理学療法士　作業療法士　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| **書類送付先**  （どちらかに☑）  □勤務先  □自　宅 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ | |  | | | | ＦＡＸ |  | | | |
| Ｅメール | |  | | | | | | | | |
| **受講希望回**  **(希望回・受講方法に〇を付けて**  **ください。)** | 受講回 | 内容 | | 申込 | 日程：Ⅰ期 | | | | 申込 | | 日程：Ⅱ期 |
| 第1回 | ポジショニング | |  | 6月3日（火） | | | |  | | 11月11日（火） |
| 第2回 | ノーリフティングケア | |  | 6月4日（水） | | | |  | | 11月12日（水） |
| **質問事項** |  | | | | | | | | | | |

※　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：河野・森田・野本）

※　Ｅメール　chouju＠ehime-shakyo.or.jp

ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８（※送信紙は不要です）

|  |
| --- |
| 申込締切：令和７年５月９日（金） |