**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） |