

別紙 (別途送信票等は不要です)

介護研修センター押印欄

FAX: (097) 552-6868

☆大分県社会福祉介護研修センター 社会福祉研修部行き☆  
締切: 令和4年1月27日(木) 【必着】

## 「令和3年度障がい児(者)福祉施設職員研修会」 受講申込書

No	職名	氏名 (ふりがな)	備考
1	参加日 (いずれか1つに必ず○をつけてください。)		
	両日とも参加 1日目(2/10)のみ参加 2日目(2/16)のみ参加		
2	参加日 (いずれか1つに必ず○をつけてください。)		
	両日とも参加 1日目(2/10)のみ参加 2日目(2/16)のみ参加		
3	参加日 (いずれか1つに必ず○をつけてください。)		
	両日とも参加 1日目(2/10)のみ参加 2日目(2/16)のみ参加		

上記のとおり提出します。

大分県社会福祉介護研修センター所長 殿

令和4年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

施設種別 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

申込担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

## 体調確認票

令和3年度 「県・市町村障がい福祉担当職員研修会」

「障がい児（者）施設職員研修会」

氏 名

事前に体温を測り、記入してください。

体調不良がある場合には、症状を具体的に書いてください。

日目	月日（）	体温（度）	体調不良の状況	その他	受付 <input checked="" type="checkbox"/>
例	9/11（金）	37.2	咳やくしゃみ、寒気がします	8/26に発熱あり（37.7） 兄弟が発熱しています（38.0） 等	
1日目	2/10（木）				
2日目	2/16（水）				

※マスクの着用をお願いします。

※37.5度以上、風邪症状がある場合は受講をお控えください。

※受講日の2週間前までに発熱があった場合も記入してください。

※その他の体調不良の場合でも、受付で断る場合がございます。