

様式1

※①本票(様式1)、②事前アンケート(様式2)、③事前課題(様式3)、④アもしくはイの資格証明書の写しを一緒にFAXしてください。
(別途送信票等は不要)

大分県社会福祉介護研修センター
社会福祉研修部 担当：村谷 行

【研修センター押印欄】

FAX : (097) 552-6868

締切日：令和4年9月18日(日) 必着！

令和4年度障がい者(児)居宅介護職員養成研修受講申込書

上記のことについて、下記職員を推薦し、受講を申し込みます。

フリガナ 氏名	受講者の概要	
フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日
氏名	性別	男 ・ 女
	受講資格	ア：実務者研修
		イ：介護福祉士 イ：1級 イ：2級 イ：介護職員初任者研修 イ：介護職員基礎研修

(注) 1 下記のいずれかの資格証明の写しを添付してください。

ア：実務者研修修了証明書

イ：介護福祉士資格登録証

介護職員初任者研修修了証明書

(訪問介護職員養成研修の)1級課程、2級課程修了証明書

介護職員基礎研修修了証明書

2 必ず郵便番号と住所、事業所名を正確に記入してください。

※ 記載事項や添付書類の個人情報については、大分県社会福祉介護研修センターが適正な管理を行います。

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
事業所名

所属長名
担当者名
住所 〒

電話番号
FAX番号
メールアドレス

令和4年度
障がい者(児)居宅介護職員養成研修
事前アンケート

氏名()

※以下の質問事項を記入してください。

あなたが居宅介護職員として利用者さんの支援にあたる中で困っていることは何ですか？具体的に記入してください。(複数可)

★項目 (例 栄養面・行動障害・認知症・口腔ケア・言語聴覚障害など)

★内容 (例 1人で訪問した時に、パニックになることがあり、対応に困っている。)

項目	内容

○ご記入後、受講申込書と一緒にFAX送信してください。(別途、送信票不要)

締切日：9月18日(日)必着！

大分県社会福祉介護研修センター

社会福祉研修部 担当：村谷 行

FAX : 097-552-6868

令和4年度障がい者(児)居宅介護職員養成研修受講者
事前課題

氏名 ()

※必ず受講申込書と一緒に、FAX送信してください。(9月18日(日)必着!)

※2日目の講義の事例検討時に講師が参考にしますので、以下を記入してください。(個人情報に留意して記入してください。)

●事例のタイトル(もしくは選んだ理由を簡潔に)

●概要 利用者様 歳代 性別 ()
障害の状況

障害支援区分

サービスを受けた経緯

支援目標

サービス内容

●ジェノグラム(家族構成)

●日頃の支援の中で困っていることを記入してください。(いつの時点で、誰が、どういう思いで、どのような行動を行い、その結果どうなったか等)

●上記の事例で、検討して欲しい内容