**「第１０回　九州ブロック　ユニットケアフォローアップ研修」**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | フリガナ） |
|  |
| 施設名 | フリガナ） |
|  |
| 住所 | フリガナ） |
| 〒 |
| 施設種類 | 特養・老健・地域密着型・その他（　　　　　　　　　） |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **職　種** | **フリガナ** | **リーダー研修受講状況** | **【参加分科会】** | | |
| 氏　名 |
| **参　加　者** | **例** | **介護士** | **クワノミ　ハナコ** | **未 ・ 済** | **A** | **B-1** | **B-2** | |
| **くわのみ　花子** |  | **○** |  | |
| １ |  |  | **未 ・ 済** | **A** | **B-1** | **B-2** | |
|  |  |  |  | |
| ２ |  |  | **未 ・ 済** | **A** | **B-1** | **B-2** | |
|  |  |  |  | |
| ３ |  |  | **未 ・ 済** | **A** | **B-1** | **B-2** | |
|  |  |  |  | |
| ４ |  |  | **未 ・ 済** | **A** | **B-1** | **B-2** | |
|  |  |  |  | |
|  | **【分科会の対象となる方の目安】**  **○　A・・・施設管理職（施設長、主任等の中間管理職）**  **○　B－１、２・・・中間管理職、介護職、多職種の参加大歓迎**  ※　B－２分科会を受講者される方は下記テキスト等をご準備ください   * ２４Ｈシートの作り方・使い方（第２版）※中央法規2,200円（税込） * 自施設の２４Ｈシート・２４Ｈシート一覧表（作成している場合） | | | | | | |

【お申し込みに関する注意事項】

1. 申し込み締め切りは、令和元年１１月２２日（金）までとします。
2. 参加者決定は、申込み順とさせていただきます。申込み定員に達し、参加ができない場合は

こちらからお電話致します。