**福岡県社会福祉協議会　研修課　行　ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２**

**令和２年度ケアマネジャーのためのファシリテーション研修**

**受講申込書**

施設種別　居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護老人福祉施設・介護老人保健施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護付有料老人ホーム・介護療養型医療施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　認知症対応型共同生活介護事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　小規模多機能型居宅介護事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　看護小規模多機能型居宅介護事業所・その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※該当の種別に○で囲んでください。）

施設・事業所名

担当者名

住　　　所

電話番号

ＦＡＸ番号

●期　日　　Ａ：令和２年１１月１０日（火）

Ｂ：令和２年１１月１１日（水）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  県社協記入欄 | 日　程  (希望の日程に○印) | ふりがな  氏　名 | 職　種 | 経験年数 |
|  | Ａ ・ Ｂ |  |  | 年　　　月 |
|  |
|  | Ａ ・ Ｂ |  |  | 年　　　月 |
|  |

※経験年数は、令和２年１１月１日現在で記入してください。

※受講は先着順に決定し、定員超過等で受講をお断りする場合は本会から連絡します。

●研修に参加して、特に学びたい・知りたいと思っていることはどのようなことですか。

　簡潔に記入してください。（Ｗｅｂ申込の場合は、備考欄に記入してください。）

|  |
| --- |
| **福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先**  ※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。 |
| （　　　　　－　　　　　－　　　　　） |