

FAX 011-280-3162

添付書不要

北海道老人福祉施設協議会事務局（北海道社会福祉協議会施設福祉課） 富川 行

※必ず、送信後、受信確認の連絡をしてください（TEL：011-241-3766）

※受講者が3名以上になる場合は、本書をコピーしてください。

※平成28年4月15日（金）必着

申込日：平成 年 月 日

担当者名：

平成28年度介護力向上講習会【北海道分校】受講申込書

施設名			道老協会員区分（いずれかに○）
			会員 ・ 非会員
フリガナ		TEL	
施設長名		FAX	
施設住所	(〒 —)		
E-mail ※必須			
フリガナ		職種	
受講者名			
フリガナ		職種	
受講者名			
フリガナ		職種	
受講者名			

過去、講習会を受講施設は○をご記入ください	本校	第1期(H16) ・ 第2期(H17) ・ 第3期(H18) ・ 第4期(H19) ・ 第5期(H20) ・ 第6期(H21) ・ 第7期(H22) ・ 第8期(H23) ・ 第9期(H24) ・ 第10期(H25) ・ 第11期(H26)
	分校	第1期(H25) ・ 第2期(H26) ・ 第3期(H27)

「申し込み理由」 * 現在、取り組んでいるケア、またはこれから取り組んでみたいケア等

「自立支援介護の実践のための体制整備」

取り組みを進めるにあたって委員会やチーム等が、①ある ②ない () までに立ち上げる