**FAX ０７６-４３２-６３０７**

　社会福祉法人　富山県社会福祉協議会

富山県介護実習・普及センター　 　担当　佐藤　橋本　宛

平成31年度 腰痛予防研修受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 施設長・管理者名 |
| 住所 | 〒 | 申込み担当者名 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |

受講申込者については、下記すべての項目についてご記入お願いします。

* 参加条件１）に該当する場合・・・各コース1日目のみ受講

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役　職 |  | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 受講日 | ■　いずれか選択してください。  Ａコース　５月３１日（金）　　・　　　Ｂコース　６月１４日（金） | | |

* 参加条件２）または３）に該当する場合・・・各コース両日とも受講

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者 |  |  |
|  |  |
| 性別／年齢 | 男　・　女　　（　　　　）歳 | 男　・　女　　（　　　　）歳 |
| 職種（保有資格） | 介護福祉士　・　看護師　・　理学療法士  作業療法士　・  その他（　　　　　　　　　　　　　　）  経験年数（　　　　年　　　月） | 介護福祉士　・　看護師　・　理学療法士  作業療法士　・  その他（　　　　　　　　　　　　　　）  経験年数（　　　　年　　　月） |
| 職場での役職 |  |  |
| 希望コース | Ａコース　　・　　Ｂコース | Ａコース　　・　　Ｂコース |
| 腰痛予防指導者研修　　　　受講について | 今年度受講したい　・　検討中　・　未定 | 今年度受講したい　・　検討中　・　未定 |
| リフトリーダー研修　受講について | 今年度受講したい　・　検討中　・　未定 | 今年度受講したい　・　検討中　・　未定 |
| 本研修修了後に施設として期待している役割は、どんなことですか。 |  |  |

※２名以上の申込みをされる場合は、コピーをお願いします。