

コラボ研修 2017① 参加申込票

～福祉現場のアセスメント力とモチベーションを引き出す事例検討を学ぼう～

FAX 011-521-8551

申し込み日 平成 29 年 月 日

勤務先名称			
勤務先住所	〒 -		
電話		FAX	

フリガナ		職名	
申込者氏名			
従事している領域	<input type="checkbox"/> 介護・高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 児童福祉 <input type="checkbox"/> 生活困窮者自立支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員・相談員 <input type="checkbox"/> 児童指導員 <input type="checkbox"/> (生活困窮) 相談支援員 <input type="checkbox"/> その他 ()
相談支援・ケアマネジメント業務 経験年数	年 か 月 (平成 29 年 11 月現在)	事例検討の経験	<input type="checkbox"/> 野中方式の事例検討に参加した経験がある <input type="checkbox"/> 上記以外の事例検討に参加した経験がある <input type="checkbox"/> 事例検討は初参加
受講に際する必要な配慮	<input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 手話通訳必要 <input type="checkbox"/> 拡大文字資料必要 <input type="checkbox"/> ルビ付き資料必要 <input type="checkbox"/> その他 ()		
交流会	参加する ・ 参加しない (※交流会のキャンセルは 11/13 までにご連絡ください)		

様

- 参加申し込みを受け付けました。
 申し訳ございません。定員となったため、参加を締め切りました。

平成 29 年 月 日

