

傾聴

意識改革力

プラスの視点力

受容

課題の把握

ケンケン

受講の可否にかかわらず、
結果を郵送またはFAXで
通知いたします。4月
27日（金）を過ぎても通
知が届かない場合は、ご連
絡ください。

| | |
|--------|---------------------------------------|
| FAX送信先 | 川崎市高齢社会福祉総合センター 研修担当 宛 |
| FAX番号 | 044-976-9000 申込締切日 4月20日(金) 17:00《必着》 |

研 修 申 込 書

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------|-------|-------|----------|
| 【研修テーマ】 | 頼れる、よきチームリーダー養成研修 | | | | |
| フリガナ | | | | | 年齢 |
| 氏 名 | | | | | 歳 |
| 勤務先名称 | ※介護・福祉の現場で働く方を対象とした講座ですので、必ずご記入下さい。 | | | | |
| 領収書宛名 | ※受講料と引き換えにお渡しする領収書の宛名となりますので、正確にご記入下さい。 | | | | |
| 通知文送付先 | 〒 _____ 自宅・勤務先 (どちらかに○をして下さい。) | | | | |
| 連絡先 | _____ | | | | _____ |
| FAX番号 | _____ | | | | _____ |
| 申込者情報 | それぞれの項目について、該当するところに○を付けて下さい。 | | | | |
| 職 種 | 介護職 | 相談援助職 | 看護職 | 管理職 | 事務職 ケアマネ |
| 従事経験年数 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月～1年 | 1年～3年 | 3年～5年 | 5年以上 |
| 資 格 (複数該当の方は全て チェックしてください) | 介護職員初任者研修(ヘルパ-2級) ヘルパ-1級 介護職員基礎研修 介護職員実務者研修 介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 精 神保健福祉士 看護師 その他() | | | | |
| 勤務先種別 | 訪問介護事業所 特養 老健 デイサービス デイケア 有料ホーム 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター グループホーム 病院 小規模多機能 その他() | | | | |
| 事前アンケート ※御協力のほど お願いいたします。 | ①どんなリーダーになりたいですか(理想のリーダーのイメージ)? | | | | |
| | ②理想のリーダーになるための行動指針・アクションプランがあればお聞かせください。 | | | | |
| | ③リーダーとして今、困っていることはありますか? | | | | |

※ 個人情報の保護について 当研修の申込に関して事務局が知り得た住所・電話番号等の個人情報は、適切な研修事業の運営のために活用いたします。

