

平成 年 月 日

平成24年度京都府ユニットケア施設研修参加申込書

施設名： _____ TEL： _____

記入ご担当者名： _____ FAX： _____

《申込者が所属している施設種別》 をつける

<input type="checkbox"/> 特 養	<input type="checkbox"/> 老 健	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 特定施設	<input type="checkbox"/> グループホーム
<input type="checkbox"/> 従 来 型	<input type="checkbox"/> 準ユニット型	<input type="checkbox"/> ユニット型		

※例えば一部ユニット型でもユニット型か従来型かどちらに勤務しているのわかるようにして下さい。
※特定施設については、概ね10名程度でユニットごと生活空間が分けられているなどユニット型のハード的な要件を満たす場合はユニット型にをつけてください

《ユニットケアの取組状況》

年 月より	<input type="checkbox"/> 開始済	<input type="checkbox"/> 開始予定 (<input checked="" type="checkbox"/> をつける)
-------	------------------------------	---

【ユニットリーダー研修申込者】

氏名 (フリガナ)	職 名	優先順位	テキスト購入数

※管理者研修等の受講歴を必ずご記入ください。追って、受講要件確認のために問い合わせをさせていただきます場合があります。管理者研修を未受講の場合は1日目の講義にお申し込み下さい。

管理者氏名 (フリガナ)	受講年次	研修名

【管理者研修未受講者 申込 (ユニットリーダー研修1日目)】

氏名 (フリガナ)	職 名 (管理者経験年数)	テキスト購入数
	()	

※申込締切りは、8月10日(金)です。

- 申込みの確認のため、受付欄に押印後、府老協事務局より8月10日(金)までに返信いたします。返信がない場合は、申込書が届いていない可能性がありますので府老協事務局(075-802-4642)までご確認ください。
- 申込みの時点で受講は決定していません。受講が決定しましたら、改めて受講決定通知をお送りいたしますので今しばらくお待ちください。

府老協受付印

送信先：京都府老人福祉施設協議会事務局 (Fax 075-802-4699)

★送信表をつけず、この用紙のみお送り下さい。