

オフィス藤田研修事業 申込用紙

fax (0996) 20-7966

メール of-fujita@po4.synapse.ne.jp

お問合せ (0996) 22-3961 古城

事業所名	個人の場合は不要	
申込者氏名	団体の場合は代表者	連絡先
受講希望者数	名 → 変更の場合は電話連絡してください	

【職場内研修・各種団体等研修・事業所見学・相談 等】

研修項目 該当する項目に○をし てください	①職場内研修 ②団体等研修・講演会 ③相談 ④事業所見学 ⑤その他 ()	
希望日程	第1希望	20 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第2希望	20 年 月 日 () 時 分～ 時 分
研修場所	名称	住所
テーマ ご要望等	認知症ケア ケアマネジメント 看取り 虐待身体拘束防止 接遇 身体観察 キャリアパス	

【ケアマネ試験対策】

希望教科 ○をしてください	全て (①～⑩) 保健医療分野 (① ② ③) 介護支援分野 (④ ⑤ ⑥) 福祉サービス分野 (⑦ ⑧) 総復習予想問題 (⑨ ⑩)
会場 ○をしてください	伊集院会場 霧島会場 阿久根会場 → 変更の場合は電話連絡してください
その他ご質問等	

【認知症ケア研修】

希望教科 ○をしてください	全て (①～⑤) 疾患と症状 (①) 尊厳とニーズ (②) アセスメント事例展開 (③) コミュニケーション (④) 看取りまでケア (⑤)
会場 ○をしてください	伊集院会場 霧島会場 阿久根会場 → 変更の場合は電話連絡してください
その他ご質問等	