**７／２３まで**

【F A X】077-599-4602　もしくは、

【E-mail】 shiga.intl@lake.ocn.ne.jpでお送り下さい。

申 込 書

**生活機能向上支援事業　「リハビリ専門職による出前講座」**

**事例発表会**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参　加　方　法 | □　会場　　　　　　□　オンライン | |
| 法人・施設・事業所名 |  | |
| 住　　　所 | 〒　　　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込担当者：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ | －　　　　　　　　　　　　　　－ | |
| F　A　X | －　　　　　　　　　　　　　　－ | |
| メールアドレス  ※オンラインの場合は必須 | @ | |
| 参加者の氏名  および職種 | 氏　　　名 | 職　　　種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 参加の理由  ※複数回答可 | □　出前講座について、興味があったため  　□　出前講座の申し込みを考えているため  　□　事例を聞きたいため  　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 現在、事業所内で改善したいことや悩んでいること等がありましたら、差し支えない範囲でお聞かせください。  　　　　※複数回答可 | □　コロナ対策で後回しになっていた職場内研修を、再開したい  　□　個別ケアができていない　　□　技術が統一されていない  　□　動作の根拠を知りたい　　　□　同じ講師に継続して指導をお願いしたい  　□　職員全員で受講したい　　　□　効果的なレクリエーションについて知りたい  　□　ノーリフティングケアを実践したい　　□　腰痛の職員が多くて困っている  　□　福祉用具について教えてほしい　　　□　特になし  　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備　　　考  ※事務局に伝えておきたい事等ありましたら、ご記入ください。 | [本様式（Word版）は、一般社団法人滋賀県介護老人保健施設協会のＨＰよりダウンロード可能です] | |



**お申し込み**

**令和５年７月２３日（日）までに、FAXまたはメールでお送りください。**

**（右のQRコードからでも、お申込み可能です。）**

**ＦＡＸ：077-599-4602 / メールアドレス：shiga.intl@lake.ocn.ne.jp**

申込フォーム