**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