

令和6年度(第1回)ホームヘルパースキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ:障がい児・者への支援
- 2 講師:飯塚市・嘉麻市・桂川町障がい者基幹相談支援センター 石本 糸江 氏
- 3 日にち:令和6年8月20日(火)
- 4 場所:福岡市舞鶴庁舎 大研修室(福岡市中央区舞鶴1丁目4番13号)
- 5 時間:受付開始 9:30～ 講義時間 10:00～12:00

募集要項

応募資格:現職のホームヘルパー・サービス提供責任者、共同生活援助事業所職員等

定員:60名

募集方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和6年8月13日(火)必着

申込先:福岡市障がい者基幹相談支援センター(〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-2-8)

<研修申込 記入欄>

事業所名			
住所			
TEL	職種(該当するものに☑)		
FAX	居宅介護事業所		共同生活援助(GH)
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:		<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:
氏名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:		<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:
氏名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:		<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:
氏名			

*研修の延期や中止する場合、個別に連絡を差し上げますので TEL、FAX の記入を宜しく願います。

令和 6 年度(第 2 回)ホームヘルパースキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ:障がい特性(高次脳機能障がい)
- 2 講 師:福岡市立心身障がい福祉センター(あいあいセンター)職員
- 3 日にち:令和 6 年 9 月 6 日(金)
- 4 場 所:福岡市舞鶴庁舎 大研修室(福岡市中央区舞鶴1丁目4番13号)
- 5 時 間:受付開始 9:30～ 講義時間 10:00～12:00

募集要項

応募資格:現職のホームヘルパー・サービス提供責任者、共同生活援助事業所職員等

定 員:60 名

募集方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和 6 年 8 月 30 日(金)必着

申 込 先:福岡市障がい者基幹相談支援センター(〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-2-8)

<研修申込 記入欄>

事業所名			
住所			
TEL	職種(該当するものに☑)		
FAX	居宅介護事業所		共同生活援助(GH)
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:	
氏名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:	
氏名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:	
氏名			

*研修の延期や中止する場合、個別に連絡を差し上げますので TEL、FAX の記入を宜しくお願いします。

令和 6 年度(第 3 回)ホームヘルパースキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ:障がい特性(強度行動障がい)
- 2 講 師:障がい者地域生活・行動支援センター か～む職員
- 3 日にち:令和 6 年 9 月 25 日(水)
- 4 場 所:福岡市舞鶴庁舎 大研修室(福岡市中央区舞鶴1丁目4番13号)
- 5 時 間:受付開始 13:30～ 講義時間 14:00～16:00

募集要項

応募資格:現職のホームヘルパー・サービス提供責任者、共同生活援助事業所職員等

定 員:60 名

募集方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和 6 年 9 月 17 日(火)必着

申 込 先:福岡市障がい者基幹相談支援センター(〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-2-8)

<研修申込 記入欄>

事業所名			
住所			
TEL		職種(該当するものに☑)	
FAX		居宅介護事業所	共同生活援助(GH)
ふりがな		<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:
氏名			
ふりがな		<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:
氏名			
ふりがな		<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:
氏名			

*研修の延期や中止する場合、個別に連絡を差し上げますので TEL、FAX の記入を宜しくお願いします。

令和 6 年度(第 4 回)ホームヘルパースキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ:障がい特性(発達障がい)
- 2 講 師:福岡市立発達障がい者支援センター(ゆうゆうセンター)職員
- 3 日にち:令和 6 年 10 月 21 日(月)
- 4 場 所:福岡市舞鶴庁舎 大研修室(福岡市中央区舞鶴1丁目4番13号)
- 5 時 間:受付開始 9:30～ 講義時間 10:00～12:00

募集要項

応募資格:現職のホームヘルパー・サービス提供責任者、共同生活援助事業所職員等

定 員:60 名

募集方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和 6 年 10 月 15 日(火)必着

申 込 先:福岡市障がい者基幹相談支援センター(〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-2-8)

<研修申込 記入欄>

事業所名			
住所			
TEL	職種(該当するものに☑)		
FAX	居宅介護事業所		共同生活援助(GH)
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:	
氏名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:	
氏名			
ふりがな	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (経験年数 年) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 世話人 <input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> その他:	
氏名			

*研修の延期や中止する場合、個別に連絡を差し上げますので TEL、FAX の記入を宜しくお願いします。