

令和7年度(第2回)ホームヘルパー等スキルアップ研修 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7年8月19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 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

申込方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和7年8月12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			
この研修の案内をどちらでお知りになりましたか?(該当するものに☑)			
<input type="checkbox"/> 市政だより <input type="checkbox"/> 福岡市障がい者基幹相談支援センター ホームページ <input type="checkbox"/> 事業所からのメール案内 <input type="checkbox"/> 事業所からの郵送案内 <input type="checkbox"/> その他()			

*台風や悪天候等により研修を延期または中止する場合は、個別にご連絡いたしますので、電話番号および FAX 番号のご記入をお願いいたします。なお、受講決定の通知は行っておりません。定員を超えて受講をお断りする場合に限り、ご連絡させていただきます。

令和7年度(第3回)ホームヘルパー等スキルアップ研修 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7年9月5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 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

申込方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和7年8月29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			
この研修の案内をどちらでお知りになりましたか?(該当するものに☑)			
<input type="checkbox"/> 市政だより <input type="checkbox"/> 福岡市障がい者基幹相談支援センター ホームページ <input type="checkbox"/> 事業所からのメール案内 <input type="checkbox"/> 事業所からの郵送案内 <input type="checkbox"/> その他()			

*台風や悪天候等により研修を延期または中止する場合は、個別にご連絡いたしますので、電話番号および FAX 番号のご記入をお願いいたします。なお、受講決定の通知は行っておりません。定員を超えて受講をお断りする場合に限り、ご連絡させていただきます。

令和7年度(第4回)ホームヘルパー等スキルアップ研修 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7年9月 26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 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

申込方法:FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限:令和7年9月19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			
この研修の案内をどちらでお知りになりましたか?(該当するものに☑)			
<input type="checkbox"/> 市政だより <input type="checkbox"/> 福岡市障がい者基幹相談支援センター ホームページ <input type="checkbox"/> 事業所からのメール案内 <input type="checkbox"/> 事業所からの郵送案内 <input type="checkbox"/> その他()			

*台風や悪天候等により研修を延期または中止する場合は、個別にご連絡いたしますので、電話番号および FAX 番号のご記入をお願いいたします。なお、受講決定の通知は行っておりません。定員を超えて受講をお断りする場合に限り、ご連絡させていただきます。