

令和 6 年度(第 5 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(精神障がい)
- 2 講師: 一般社団法人 Q-ACT 鷹子 剛 氏、眞崎 翼 氏
- 3 日にち: 令和 6 年 11 月 1 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～ 講義開始 10:00～(終了予定 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 6 年 10 月 24 日(木)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 6 回)ホームヘルパー等スキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ：介護技術(ボディメカニクスと福祉用具) ※実技あり
- 2 講 師：福岡市障がい者基幹相談支援センター 松野 浩二 氏／合同会社 K-スタイル 古賀 賢紀 氏
- 3 日にち：令和 7 年 1 月 15 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 13:00～ 講義開始 13:30～(終了予定 16:10)

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：30 名

申込方法：FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限：令和 7 年 1 月 7 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7回)ホームヘルパー等スキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ: 制度と連携(医療・訪問看護)
- 2 講師: 訪問看護ステーション Ohana 羽太 嘉一 氏
- 3 日にち: 令和7年2月3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～ 講義開始 10:00～(終了予定 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1月27日(月)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 8 回)ホームヘルパー等スキルアップ研修 申込書

- 1 テーマ: 制度と連携(相談支援)
- 2 講師: ありのまま相談支援 岡本 裕作 氏
- 3 日にち: 令和 7 年 2 月 20 日(木)
- 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～ 講義開始 14:00～(終了予定 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

申込方法: FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限: 令和 7 年 2 月 12 日(水)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。