

令和7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)
- 2 講師: 合同会社K-スタイル 古賀 賢紀 氏/福岡市障がい者基幹相談支援センター 松野 浩二 氏
- 3 日にち: 令和7年11月6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 13:00~ 講義開始 13:30~(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: 30名

申込方法: FAX(092-738-3382)または郵送

募集期限: 令和7年10月30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			
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: 関係機関を知ろう!(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 12月 1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 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11月25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: 関係機関を知ろう!(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 12月 18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 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 12月 11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			
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。