

FAX 送付先番号：03-3344-8594 申込期日 11/30 (月)

令和2年度施設職員向け福祉用具講習会（実践型講習会）

受講申込書

★記入いただくか、○印で囲んでください。

貴施設名 (ふりがな)	(ふりがな)	
貴施設所在地		
ご担当者所属		
ご担当者氏名 (ふりがな)	(ふりがな)	
所属先電話番号	FAX 番号	
<p>困難事例を具体的に記載してください。</p> <p>(別紙にわたっても構いません。適宜、写真等の添付もお願いします。)</p> <p>※個人が特定できる内容は記載しないでください。</p>	概要	
	(例：体重がかなり重たい方の移乗方法、立位がとれない方のトイレ介助方法、等を具体的に記載)	
	対象者の身体状況	
	<p>体格</p> <p>身長：</p> <p>体重：</p> <p>性別：</p>	<p>褥そう</p> <p>なし・あり・以前あった</p>
	四肢体幹の状況（症状、可能な動き）	コミュニケーション障害 なし・あり 【ありの場合、内容を記載】
	介護状況	
	介護体制（人・頻度・時間帯）	
<p>具体的な介護の場面</p> <p>(例：ベッドから車いすへの移乗等)</p>	現在どのように介護を行っているか	
その他、事例検討のために必要な情報等ありましたら自由に記載して下さい。		
【参考】 過去に受講した講習会	令和2年度	集合型研修・個別施設向け講習会・その他（ ）
	令和元年度	集合型研修・個別施設向け講習会・その他（ ）
	平成30年度	集合型研修・個別施設向け講習会・その他（ ）
	平成29年度	集合型研修・個別施設向け講習会・その他（ ）
	平成28年度	個別施設向け講習会・その他（ ）

※上記内容について、不明点等を確認するため事前にご連絡を差し上げる場合がございます。

<お問い合わせ先> 公益財団法人東京都福祉保健財団 福祉情報部福祉情報室地域支援担当 松田
電話 03-3344-8514 FAX 03-3344-8594