[申込専用アドレス：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp](mailto:申込専用アドレス：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp)　FAX：03-3344-8531

令和６年度施設職員向け福祉用具講習会（実践型講習会）　申込期日１１/２９（金）

受　講　申　込　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名  （ふりがな） | （ふりがな） | | | | | |
|  | | | | | |
| 区市町村 |  | | 電話番号 | | |  |
| 受講者氏名  （ふりがな） | （ふりがな） | | | | | |
|  | | | | | |
| 担当者 | ※連絡担当者が受講者と異なる場合はご記入ください | | | | | |
| メールアドレス（必須） |  | | | | | |
| 困難事例（福祉用具に関連し、何が問題で何を議論したらよいか）を使用している福祉用具の製品名とともに具体的に記載してください。  ※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。  ※個人が特定できる内容は記載しないでください。 | 福祉用具に関連し、何が問題で何を議論したらよいかわかるように、明確に困難事例を記載 | | | | | |
| （例：体重が重い方の移乗方法、立位がとれない方のトイレ介助方法等を記載） | | | | | |
| 福祉用具について | | | | | |
| 製品名：  メーカー名： | | | | 具体的にどのように介護を行っているか | |
| 対象者の身体状況 | | | | | |
| 体格  身長：  体重：  性別： | | | 褥そう  　なし・あり・以前あった | | |
| 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】 | | |
| 対象者の介護状況 | | | | | |
| 対象者の介護体制（人・頻度・時間帯） | | | | | |
| その他、事例検討のために、自由に記載して下さい。 |  | | | | | |
| 【参考】  過去に受講した講習会  ※○で囲んでください。 | 令和６年度 | 集合型講習・個別施設向け講習会・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 令和５年度 | 集合型講習・個別施設向け講習会・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 令和４年度 | 集合型講習・個別施設向け講習会・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 令和３年度 | 集合型講習・個別施設向け講習会・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 令和２年度 | 集合型講習・個別施設向け講習会・その他（　　　　　　　　　） | | | | |

※個人情報は当該講習にのみ使用します。

　　＜問合せ先＞　公益財団法人東京都福祉保健財団福祉情報部福祉人材対策室地域支援担当　　03-3344-8514