

県民の皆様
研修会連絡担当者様

公益社団法人埼玉県介護老人保健施設協会
初任者研修会担当理事 寺岡 伸子

令和5年度『初任者研修』についてのご案内

記

1. 日時・会場 令和5年7月19日（水）13：30～16：00（受付13：00～）
埼玉県県民活動総合センター 307セミナー室（北足立郡伊奈町内宿台6-26）
2. 研修内容 老健の理念と役割
～老健の役割とこれから～
3. 講師 高齢者ケアセンターゆらぎ 副施設長 寺岡伸子氏
4. 対象者 研修内容は「介護老人保健施設での実務経験が1年未満～3年程度」の方を対象にした内容です。予めご了承ください。
5. 参加費 無料（会員施設以外は資料代・会場代等として1000円）
6. 申込方法 下記参加申込書に必要事項を記入の上、FAXにてご連絡ください。
7. 定数 40名
8. その他 ※予定数を超えた場合、ご連絡させていただきます。
※感染予防対策等につきましては、別紙「参加者の皆様へのお願い」をご参照ください。
※当日、欠席される方は研修会への連絡の必要はございません。

締め切り 令和5年6月19日（月）

FAX送付・問合せ先 介護老人保健施設 ケア・ビレッジシャローム
TEL (0480) 61-3810
FAX (0480) 61-3811
担当 牧野

..... (送信表を付けずこのままお送りください。切り取らなくて結構です)

令和5年度 初任者研修 参加申込書

施設名： _____ 電話番号： _____ 担当者名： _____

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| ふりがな： | (協会会員施設 ・ 一般) |
| 参加者① 氏名： | 経験年数： _____ 年 _____ ヶ月 職種： _____ |
| ふりがな： | (協会会員施設 ・ 一般) |
| 参加者② 氏名： | 経験年数： _____ 年 _____ ヶ月 職種： _____ |
| ふりがな： | (協会会員施設 ・ 一般) |
| 参加者③ 氏名： | 経験年数： _____ 年 _____ ヶ月 職種： _____ |