

◀申込先▶公益社団法人 横浜市福祉事業経営者会
TEL 045-840-5815
FAX 045-840-5816

全6回同じ内容で開催します。各回2日間の日程で別メニュー (A. 介護スキル、B. コミュニケーションスキル) を実施します。指定更新のため受講が必須とされている事業所はA、Bのどちらか又は両方をお選びください。(出席者数が偏る場合は事務局にて日程を調整させていただく場合があります。)

※受講対象者：指定更新予定の事業所は介護従業者 (主に経験年数が3年未満の方) 1人以上の受講が必須です。
 その他の市内事業所の介護従業者もご希望があれば申込み可能です。

第1回		第2回		第3回	
参加者数	セミナー日程	参加者数	セミナー日程	参加者数	セミナー日程
名	A. 令和4年4月12日	名	A. 令和4年6月10日	名	A. 令和4年8月10日
名	B. 令和4年4月19日	名	B. 令和4年6月22日	名	B. 令和4年8月23日
【申込〆切日：令和4年3月18日】		【申込〆切日：令和4年5月18日】		【申込〆切日：令和4年7月15日】	
第4回		第5回		第6回	
参加者数	セミナー日程	参加者数	セミナー日程	参加者数	セミナー日程
名	A. 令和4年10月12日	名	A. 令和4年12月14日	名	A. 令和5年2月17日
名	B. 令和4年10月25日	名	B. 令和4年12月16日	名	B. 令和5年2月22日
【申込〆切日：令和4年9月16日】		【申込〆切日：令和4年11月16日】		【申込〆切日：令和5年1月18日】	

※受付開始時間は13時00分を予定しています。

指定更新予定日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> その他
申請法人名					
事業所名					
指定事業所所在地					
連絡先	事業所電話番号：				
	携帯電話番号： (担当者名)				
	FAX番号：				

※担当者名には、事業所連絡先にて連絡の取れる方を記入してください。

【サービス種別】 (該当するものに○印をつけてください。)

1	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
2	夜間対応型訪問介護	6	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
3	地域密着型通所介護	7	看護小規模多機能型居宅介護
4	(介護予防) 認知症対応型通所介護	※介護予防支援は受講必須ではありません	

- この出席票は、申請する事業所ごとに1枚ずつ必要です。
- 更新の場合の事業所名は市に届け出ているとおり正確に記入してください。
- 会場定員の都合上、1事業所あたり原則1～3名までとさせていただきます。
- 記載いただいた申込書は、申込期限までにFAXで横浜市福祉事業経営者会に送付してください。定員を超過している場合など、受講が出来ない場合は横浜市福祉事業経営者会から連絡をいたします。