北海道ブロックユニットケア連絡会事務局（特別養護老人ホーム清明庵内）　⇔　　申込者

Fax：011-774-9988

**参加申込書及び参加票**

**第10回　ユニットケア研修フォローアップ研修2018**

**～ユニットケアと２４Hシートの攻略法2018～**

日時：平成30年11月16日（金）　9時50分（受付開始9時30分）～16時00分まで

場所：かでる2.7北海道立道民活動センター　〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目

対象者：①管理者研修・ユニットリーダー研修受講修了者　②施設管理者　③ユニットリーダー　④その他

参加費：5千円　＊当日お支払いいただきます。

その他：①申し込み先着50名とさせて頂きます。

②参加票は当日忘れずにご持参ください。

③宿泊は各自手配願います。

④駐車場はありませんので、公共交通機関を利用し、参加願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 特養　　小規模特養　　老健　　療養型　　ＧＨ　　短期入所施設　　その他　　←○印　 |
| 所　属連絡先 | 〒　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| ＮＯ | 役職名 | 氏名 | 希望コース | 研修受講状況 | 受講可否 | 受講番号 |
| １ |  |  | **管理者****リーダーーー** | 管理者・リーダー（平成　　年） |  |  |
| ２ |  |  | **管理者****リーダー** | 管理者・リーダー（平成　　年） |  |  |
| ３ |  |  | **管理者****リーダー** | 管理者・リーダー（平成　　年） |  |  |
| ４ |  |  | **管理者****リーダー** | 管理者・リーダー（平成　　年） |  |  |
| ５ |  |  | **管理者****リーダー** | 管理者・リーダー（平成　　年） |  |  |

＊希望コースは午後のコースについてご記入願います。どちらかに○をつけてください。なお、役職等により、希望するコースに参加頂けない場合がございますので、ご了承ください。

＊研修状況については日本ユニットケア推進センター又は認知症介護研究・研修東京センターにおけるユニットケア管理者研修及びユニットリーダー研修の受講について該当する場合に記載願います。

＊受講可否及び受講番号については協会で記載し返信致しますので太枠内のみ記入お願い致します。

＊申込〆切　平成30年11月9日（金）

第10回フォローアップ研修　事前アンケート用紙

　このたびは、第10回フォローアップ研修に参加申し込みいただき、まことにありがとうございます。

フォローアップ研修が皆さまの施設運営に役立つものとなるために、事前アンケートにご協力願います。記入していただいたアンケート内容は、研修の項目に組み込みますので、率直なご意見をお願いいたします。

施設名

役職

氏名

1. 参加申込書で希望コースを、管理者コースに申し込みした方にお聞きします。

現在、施設運営において困っていること、悩んでいること、疑問に感じていることはなんですか？また、それらの中で、講師の方々に聞いてみたいことや、他施設ではどのように行っているのか知りたいことはどんなことですか？

＜困っていること・悩んでいること・疑問に感じていること＞

＜講師に聞いてみたいこと、知りたいこと＞

1. 参加申込書で希望コースを、リーダーコースに申し込みした方にお聞きします。

現在、ユニットや組織運営において困っていること、悩んでいること、疑問に感じていることはなんですか？また、それらの中で、講師の方々に聞いてみたいことや、他施設ではどのように行っているのか知りたいことはどんなことですか？

＜困っていること・悩んでいること・疑問に感じていること＞

＜講師に聞いてみたいこと、知りたいこと＞

1. 参加申込書で希望コースを、リーダーコースに申し込みした方にお聞きします。

２４時間シートの導入・作成・活用などにおいて、困っていること、悩んでいること、知りたいことはなんですか？

アンケートへのご協力ありがとうございました。

個人情報およびアンケート内容は、研修の企画・立案・運営においてのみ使用いたします。