**介護職員の日常生活支援力向上研修**

**介護職員の日常生活支援力向上研修**

***利用者と共に楽しむ場をつくろう!!***

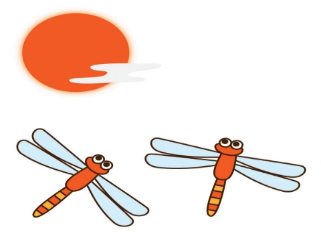
***利用者と共に楽しむ場をつくろう!!***

**参加申込書**

**参加申し込み　＊地区に関係なく参加できます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加される地区に  〇印を入れて下さい | （　　　）東予地区：平成３０年１２月　５日（水）　食の創造館キッチンスタジオ  （　　　）中予地区：平成３０年１２月　６日（木）　松前町総合文化センター  （　　　）南予地区：平成３０年１２月　８日（土）　西予市宇和町小学校 | | |
| 事 業 所 名 |  | | |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ： | | 参加区分  いずれかに　☑　を入れて下さい。 |
| ＦＡＸ： | |
| 氏　　名 |  | （経験年数）　　　年 | □両方　□調理　□レク |
| 氏　　名 |  | （経験年数）　　　年 | □両方　□調理　□レク |
| 氏　　名 |  | （経験年数）　　　年 | □両方　□調理　□レク |
| 参加利用者数 | 名 |  |  |

利用者の方が参加される場合は、参加利用者数をご記入ください。

＊申し込み締め切り　**１１月１０日(土)** までに事務局までＦＡＸにてご返送下さい。

＜送付先＞　　**ＦＡＸ：０８９－９８９－２５５７**

**一般社団法人　愛媛県地域密着型サービス協会 事務局　ＴＥＬ：０８９－９８９－２５５０**

ＦＡＸ受付確認印　　　　　希望する　　（確認印が必要な場合のみ〇印をつけてください）