**介護職員の日常生活支援力向上研修**

***利用者と生活を楽しむ場をつくろう!!***

***～食事づくり＆レクリエーション～***

**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：令和元年１１月１４日（木）　食の創造館キッチンスタジオ（　　　）中予地区：令和元年１１月１２日（火）　松前町総合福祉センター（　　　）南予地区：令和元年１１月１５日（金）　宇和島市立和霊公民館 |
| 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 |

**利用者の方が参加される場合は、参加人数のみを記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加利用者 | 調理　　　名　　レク　　　名 |

＊申し込み締め切り　**１１月1日(金)** 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）