

# 介護記録の方法

公益財団法人 介護労働安定センター山口支部

講師

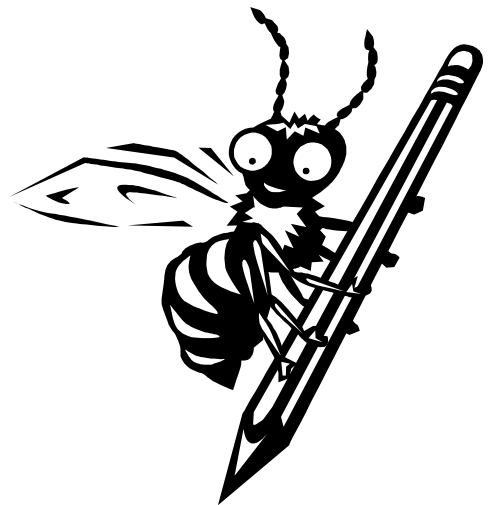
田形社会福祉士事務所

田形 隆尚 氏

介護現場では、多忙であったり、人の入れ替わりが頻繁に行われたりとわかりやすい介護記録の書き方が課題となり、苦手意識を持った介護職も少なくありません。

この講座では、記録の目的、役割から書き方のポイントはもちろん、職員指導にも役立つ指導法についても触れていきます。

日時 平成25年9月20日(金)  
10:30 ~ 16:30  
会場 維新百年記念公園 陸上競技場 会議室  
山口市維新公園四丁目1番1号  
定員 60名  
受講料 3,500円  
募集締切 平成25年9月6日(金)  
申込方法 受講申込書に必要事項を記入のうえ、郵送  
又はFAXにてお申込下さい。※詳しくは  
裏面をご覧ください。



## お申込み・お問い合わせ先

公益財団法人 介護労働安定センター山口支部

〒753-0824

山口市穂積町1-2

リバーサイドマンション山陽Ⅱ 2階

TEL 083-920-0926

FAX 083-920-0930

URL [www.kaigo-center.or.jp](http://www.kaigo-center.or.jp)

( 担当 伊藤 ・ 市原 )

～講習受講を希望される皆さまへ～ ※お申込前に下記の内容をご確認下さい

- チラシ・ホームページより『受講申込書』をコピー又はダウンロードして必要事項をご記入いただき、当センター宛にFAX又はご郵送下さい。
- 講習実施支部（所）のホームページより、直接お申込いただいた場合は『仮の受講申込』となりますので『受講申込書』の記入が必要です。当センターよりご連絡を差し上げますのでお手数ですが、必要事項ご記入のうえFAX等により「本申込」を行っていただきますのでご了承下さい。

**【手順1】受講申込書をFAXする。** 受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXしてください。

FAX：083-920-0930

**【手順2】電話をする。** 受講申込書をFAX後に、介護労働安定センター山口支部にご連絡下さい。

☎ 083-920-0926（平日 8:30～17:00）

ご連絡を頂いた際に、受講可能であれば、**受付番号**をお知らせします。

**【手順3】受講料を振込む。**

下記の口座へ、**1週間以内**にお振込みください。

**お振込み額 3,500 円（消費税込）**

- ◆取引銀行 みずほ 銀行 山口 支店
- ◆口座番号 普通預金 1498691
- ◆口座名義 公益財団法人 介護労働安定センター 山口支部

\*お振込み人名には**受付番号**、**受講者名**のご記入をお願いします。

◆◆ **留意事項** ◆◆

- ①振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- ②振込の控え（銀行の振込票等）をもって領収書に代えさせていただきます。
- ③『受講申込書』による申込があっても、1週間以内に受講料のお振込みがない場合は、キャンセル扱いとなります。講習をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡ください。
- ④お振込みいただいた受講料は、開講決定（講習開講日から起算して、14日前（※当該日が土・日・祝日の場合はその前日）以降は、原則として返金いたしませんので予めご了承下さい。

**【手順4】受付完了です。**

- ①お振込みいただいた時点で、「受講申込」が完了となります。
- ②お振込確認後、一週間程度のうちに原則としてFAXにて当センターから『入金確認書』をお送りします。
- ③講習開始日の14日前頃に受講決定通知書をお送りいたします。
- ④本講習が定員（60人）に満たない場合等、当センターの都合で講習を中止する場合は、電話等でご本人にご連絡の上、お振込金額を返還いたします。

（この場合の振込手数料は当センターが負担します）

※当センターのプライバシーポリシーに基づき申込書等の内容は厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません

# 受講申込書

## 短期専門コース（介護一日講座）


### 第 6 回（タイトル： 介護記録の方法 ）

（公財）介護労働安定センター 山口 支部長 殿

標記講習を受講申込みします。

※受付番号 \_\_\_\_\_

※の欄は、記入しないこと。

支 部 名	山 口 支 部	受講番号	※ E113	受 付 印
フリガナ				※
氏 名				
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日 ( 才 )	性別	女 ・ 男	
住 所	〒 TEL : ( ) FAX : ( ) 携帯 : ( )			
勤 務 先	勤務先名			
	所在地	〒 TEL ( ) FAX ( )		
受講決定通知等送付先	※どちらかに○をつけてください。 自 宅 ・ 勤務先			
介 護 関 係 取 得 資 格 等	①介護分野の経験年数	経験年数 ( ) 年		
	②介護・福祉・医療分野で取得している資格はありますか？			
	イ 訪問介護員（1級・2級・3級）研修修了者	ホ 看護師・准看護師		
	ロ 介護職員基礎研修修了者	ヘ ガイドヘルパー（全身性・視覚障害・知的）		
	ハ 介護福祉士	ト その他 ( )		
	ニ 介護支援専門員			
 <p>※ 当講座のテーマのに関して、困っていることや質問等をご記入ください。当日講師よりお答えいただきます！</p>				

◎受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。

◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

◎上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、支部担当者までお申し出ください。

【個人情報に関するお問合せ先】公益財団法人 介護労働安定センター山口支部

電話083-920-0926 担当者 伊藤・市原