

(特別養護老人ホームアリオン 行)

20200912 研修参加申込書

参加者お名前	(介護支援専門員 登録番号：)
勤 務 先(所属事業所名)	
連 絡 先	電話番号： fax 番号：
会 員 ・ 非会員	介護支援専門員 公益社団法人大阪介護支援専門員協会 ⇒ ☐ 会 員 ☐ 非会員
所有資格	☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ 看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 訪問介護員 ☐ その他（ ）
研修受講時の配慮事項	☐ 無し ☐ 有り ⇒具体的に記載ください：

- * 受講できない場合のみ、ご連絡させていただきます。
- * 参加費、当日に徴収させていただきます。
- * 駐車場が限られております。公共交通機関をご利用ください。

感染防止のための注意事項です。以下の事項を遵守頂くこと、お願い致します。

- 研修受講の為、ご自身の体調管理にお努めください。
- 当日はマスクを持参・着用ください。入館時に手洗いや手指消毒をお願いします。
- 受付時の検温にて、37.5 度以上であれば受講をお断りします。
- 受付時にフェイスシールドをお渡しします。グループワークの際に使用ください。
- 受講中、座席は主催者にて指定させていただきます。
- 退館時、「大阪コロナ追跡システム」への登録をお願いします。
- 休憩時、大声での会話を控えてください。
- 研修会場へ入る際、手指消毒をお願いします。
- 主催者からの注意、遵守をお願いします。

大阪介護支援専門員協会堺市西区支部
本研修担当事務局
特別養護老人ホームアリオン
ペガサスケアプランセンター石津北
中辻朋博

Tel : 072-245-9640 Fax : 072-245-9495