

— 働き続けたいくなる 事業所づくり —

無料

介護事業所に**専門家**を派遣します！

ヘルスカウンセラー相談・講習

① メンタルヘルス



- ストレスを緩和する方法
- ハラスメント対策・発生後の対応
- 人間関係に学ぶ組織のあり方

② 腰痛予防



- 介護技術のコツをつかむ
- 仕事や生活上で有効な腰痛対策
- 腰痛予防体操とストレッチ

③ 感染症対策



- 食中毒・各種ウィルス感染予防
- 手洗いチェッカーによるチェック
- 嘔吐物処理セットの管理

⚠️ ご利用を希望する場合は、裏面に必要事項をご記入のうえ、メール・FAX等でお申込みください。
また、以下の点にご留意ください。

- ◎ 事業所独自の研修等は、ケア・サポート講習（有料）をご利用ください。 ※1.5時間／4万円～ ※交通費、宿泊費別
- ◎ 受付後、内容確認および日程調整等のため、メールまたはお電話でご連絡いたします。
- ◎ 1回の相談時間は、1時間30分～2時間となります。
- ◎ 1法人様のご利用時間は、4時間までとなります。 ※(例) 2時間×2回＝4時間
- ◎ 受付は**お申込み順**となります。 ※予算に到達次第、受付を終了いたします。



オンライン可

※通信環境の準備・通信費等は、事業所様のご負担となります。
※参加URL等を第三者へ譲渡・配布することはお控えください。
※情報漏洩等について当センターは一切の責任を負いかねます。

公益財団法人介護労働安定センター北海道支部

札幌市中央区南1条西6丁目4-19 旭川信金ビル

TEL 011-219-3157 FAX 011-219-3158

<http://www.kaigo-center.or.jp/shibu/hokkaidou/index.html>

【お問合せ】<https://www.kaigo-center.or.jp/contact/?t=hokkaidou>



【20260605】

介護労働安定センター北海道支部行き
E-mail: kaigohokkaido@kaigo-center.or.jp
FAX: 011-219-3158

▲ メール送信の際は「●」を「@」に変換してください。

受付印

ヘルスカウンセラー相談申込票

(申込日) 令和 年 月 日

事業所名			
法人名			
所在地	〒 (TEL) (FAX)		
実施方法 ☒	☐ 対面 開催場所(名称) _____ ▲名称・住所が上記以外の場合に記入 (住所) _____ ☐ オンライン (Zoom開催)		
(フリガナ) ご担当者	役職/氏名	 E-mail	
相談内容	✎ 相談内容はできるだけ具体的にご記入ください。		
相談実施 希望日時	【第1希望】 令和 年 月 日 () (: ~ :) 【第2希望】 令和 年 月 日 () (: ~ :) 【第3希望】 令和 年 月 日 () (: ~ :) ▲ 第3希望までご記入ください。		



※ 相談内容の録画・録音・撮影・スクリーンショット・SNS上への掲載 および 資料等の無断複写・転用・転載等は固くお断りします。
※ 「ヘルスカウンセラー相談申込(受付)票」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、ヘルスカウンセラーによる相談、職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内 および 事業活動に関する情報提供に使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

相談依頼者確認欄

以下の通り相談を受けたことを確認いたします。

実施日時/時間	実施方法・実施場所	担当ヘルスカウンセラー
令和 年 月 日 : ~ :		