

— 職員が **辞めない** 事業所であるために —

無料

介護事業所に**専門家**を派遣します！

出前講習 のご案内

① メンタルヘルス講習



- 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
 - ▶ 管理職向け ▶ 一般職向け

② 腰痛予防講習



- 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 感染症対策講習



- 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。

- ◎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。
- ◎講習内容は、上記の記載内容に準じます。独自の研修をご希望の場合は、当センター**有料講習**をご検討ください。
- ◎1回の講習時間は、**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>



【20250414】

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 : ~ :		