

～今いる職員に長く働いてもらうためにできること～

介護事業所に**専門家**（委嘱カウンセラー）を
派遣します！



1 法人年間
4 時間迄

出前講習のご案内



①メンタルヘルス講習

- ストレス緩和の講習会
- ハラスメント予防対策・発生後の対応
(管理職向けと一般職向けで別々の日に分けて行うこともできます)



②腰痛予防講習

- 介護職の職業病ともいわれる腰痛への対策
- 腰の痛みを予防する実演研修



③感染症対策講習

- 食中毒・各種ウイルス感染予防
- 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

無料で当センターの委嘱カウンセラーが講習を実施致します。

利用をご希望される場合は裏面にご記入のうえメール等で送付ください。

※1講義1.5時間～2時間程度。

1法人4時間まで利用可能です。

オンライン

出前講習ご利用をご希望の事業所(法人)の方はご相談ください。



- ※ご希望に添えない場合があります。
- ※通信費は事業所負担となります。
- ※オンラインでの情報漏洩等につきまして当センターでは一切の責任を負いませんのであらかじめご了承ください

【20240124】

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

お申込み・お問い合わせは

TEL011-219-3157 FAX011-219-3158

Email kaigohokkaido@kaigo-center.or.jp





D34021R

Mail: kaigohokkaido@kaigo-center.or.jp

Fax: 011-219-3158

ヘルスカウンセラー相談申込(受付)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 <small>(どちらかに○を お願いします)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 対面 (開催場所: ※上記以外の場所で開催希望の場合はご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 非対面 (オンライン: Zoomでの開催となります)		
ご担当者 お名前	役職・氏名	E-mail	
相談内容	(個別相談・集団相談)		
	※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 () (: ~ :)		

※ 「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、支部職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。

※ 相談内容の録画、録音、撮影、スクリーンショット、SNS上への掲載及び、資料等の無断複写・転用・転載等は固くお断りします。 【20240124】

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 : ~ :		

相談者ご署名