**宛先：健康管理係（FAX：025-284-2881）**

**セミナー申込書**

（兼　決　定　通　知　書）

**〈申込期限〉令和７年７月16日(水)** **ＡＭ９：00必着**

令和　　年　　月　　日

　公立学校共済組合新潟支部長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所属長職氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員氏名コード※コードは左詰めにしてください | 参加者氏名 | 職員との続柄 | コース（A～E） | 決定 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※ 太枠内は必ず記入してください。また、本申込書を決定通知書とし、下欄を宛名として郵送しますので、郵便番号からはっきりと記載してください。

**※ 手話通訳等を希望される方は、コース記入欄の余白に記入してください。**

令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| （所属住所）〒 所属名 様 |
|  | 所属名・コード |
|  |
|  |  |  |  |  |  |

公立学校共済組合新潟支部長

上記のとおり決定したのでお知らせします。

**宛先：健康管理係（FAX：025-284-2881）**

**介護講座申込書**

（兼　決　定　通　知　書）

**〈申込期限〉令和７年７月16日(水)** **ＡＭ９：00必着**

令和　　年　　月　　日

　公立学校共済組合新潟支部長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所属長職氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員氏名コード※コードは左詰めにしてください | 参加者氏名 | 職員との続柄 | コース（F） | 決定 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※ 太枠内は必ず記入してください。また、本申込書を決定通知書とし、下欄を宛名として郵送しますので、郵便番号からはっきりと記載してください。

**※ 手話通訳等を希望される方は、コース記入欄の余白に記入してください。**

〇講座を進行するうえで参考とさせていただきたいので、ご協力をお願いします。

　次の質問にお答えください。（差し支えのない範囲でご記入ください。）

１．お住いの市町村はどちらですか？

　　（　　　　　　　　　　　　　）

２．現在、ご家族に介護を必要としている方はいらっしゃいますか？

　　はい　・　いいえ

３．２．で「はい」とお答えになった方にお聞きします。

　①介護を必要としている方は、どのような状態ですか？

　　寝たきり　・　片麻痺　・　認知症　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

　②介護を行う上で困っていること、知りたいことなどがありましたら、状況が分かるようにできるだけ具体的にご記入ください。

（例：ベッドに寝ている時、足の方に体が下がってしまう。頭の方へ移動させたいがうまくできない。等）

令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| （所属住所）〒 所属名 様 |
|  | 所属名・コード |
|  |
|  |  |  |  |  |  |

公立学校共済組合新潟支部長

上記のとおり決定したのでお知らせします。