

2021(令和3)年度 聴覚障害者関係施設等中堅職員研修

受講申込書(個人用)

※記入後、職場の所属長にご提出下さい。

フリガナ		年齢	性別	きこえ
氏名				<input type="checkbox"/> きこえない <input type="checkbox"/> きこえにくい <input type="checkbox"/> きこえる
施設名				
職種 (業務の 内容)				
勤務先 電話		勤務先 FAX		
勤務先 メール	※視聴トラブルが生じた際に、ご連絡のつきやすいアドレスを教えてください。 なお受講決定通知は、とりまとめ担当者様のアドレスにお送りします。			
現在の施設における勤務年数	<input type="checkbox"/> 4年目 <input type="checkbox"/> 7年未満 <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上			
他施設における 聴覚障害福祉関係業務の経験	<input type="checkbox"/> ある(年 月) <input type="checkbox"/> ない			
過去に研修センターの研修を 受けたことがあるか	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない			
以下、問1・問2にお答えください。				
問1 コロナをきっかけに浮彫りになった「暮らしの課題」を、施設(及び地域)の現状に基づきご記入ください。				
問2 「実践記録」の在り方について、①～⑥の設問にお答えください。				
①実践記録を書いているか	書いている・書いていない ←いずれかに○ 書いている場合は、以下②～⑥の設問に回答をお願いします			
②何を目的に書いているか				
③どのような項目を設けているか				
④記入上の工夫、その理由	工夫			
	理由			
⑤内容を誰かと共有しているか	している・していない ←いずれかに○ している場合は、誰と()			
⑥記入した内容を どう活かしているか				