

**暮らしの場における看取りのための多職種向け研修(基礎編)【平成29年3月23日(木)実施】**  
**参加申込書(ファクシミリ送付用)**

ふりがな		所属法人名 (行政職員の場合自治体名)		
氏名				
所属事業所 部署名		所属事業所所在地 区市町村名	役職	
メールアドレス または FAX 番号 (受講票送付先)		電話番号		

※ 同一の事業所・法人から複数名申し込んでいただくことも可能ですが、その場合、参加者1名毎にそれぞれ参加申込書・事前アンケートをご提出ください。(なお、定員を超える申込があった場合、調整させていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください。)

**事前アンケート** (研修の参考とするために活用いたします。ご記入いただいた方が研修参加対象となります)

(1) 所属事業所種別 (1つを選択してください)

1. 訪問看護 2. 訪問介護 3. 居宅介護支援 4. 特別養護老人ホーム 5. 介護老人保健施設  
 6. サービス付き高齢者向け住宅 7. 有料老人ホーム 8. 認知症高齢者グループホーム  
 9. 小規模多機能型 10. 看護小規模多機能型 11. 通所介護 12. 地域包括支援センター  
 13. 病院・診療所 14. 区市町村(地域包括支援センター以外) 15. その他 (具体的に )

(2) 現職種 (1つを選択してください)

1. 介護職 2. 看護職 3. 介護支援専門員 4. 医師(特養配置医師) 5. 医師(特養配置医師以外)  
 6. リハビリ職 7. 生活相談員 8. 社会福祉士 9. 事務 10. その他 (具体的に )

(3) 現職種経験年数 ( )年程度 ※おおよその年数で結構です

(4) 研修を受講された動機はなんですか (複数回答可)

1. 講義内容に関心があったから 2. 自分のキャリアアップのため 3. 職場での指示  
 4. その他 (具体的に )

(5) 仕事上の関わりで、暮らしの場(在宅・高齢者施設等の住み慣れた場)における看取りを経験したことがありますか

1. ある ( )名程度 ※おおよその人数で結構です 2. ない

(6) ご自身のご家族など、仕事以外の関わりで、暮らしの場における看取りを経験したことがありますか

1. ある 2. ない

(7) 本研修に期待することや、人生の最終段階におけるケアに当たって課題と感じていることについて、ご自由にお書きください。