参 加 申 込 書

公益社団法人滋賀県栄養士会事務局宛て

FAX　　（０７７）５５８-６６１７

**「**福祉事業部スキルアップ研修会（障がい編）**」**

申込期日：12月19日（月）

① 確認事項に、必ずチェック（同意）いただき②へお進みください。

|  |  |
| --- | --- |
| **確認事項** | **チェック欄** |
| 開催要領の注意事項を熟読し、ご承諾いただけましたか。 | □ |

② 研修会の参加方法について、お選びください。

|  |  |
| --- | --- |
| **★来場参加（セルバ守山）の申込みはこちら。**※アーカイブもお送りします。 | |
| 第１部 講演会と第２部 情報交換会に来場して参加する | ○ |
| **★オンライン参加（zoom）の申込みはこちら。** | |
| 当日、第１部　講演会にzoomから参加する  ※アーカイブもお送りします。  ※オンラインでは、出来るだけカメラとマイクが使用できるようご準備ください。 | ○ |
| 第２部　情報交換会に　**参加する　・　参加しない**　（どちらかに〇）  ※オンラインでは、必ずカメラとマイクが使用できるようご準備ください。 | |
| **★アーカイブのみの申込みはこちら。**（後日に講演会の録画を視聴） | ○ |

③　下記項目をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| いずれかに〇 | 会員　・　非会員 | | 管理栄養士　・　栄養士 |
| 所属職域  　※いずれかに〇 | 福祉 | 児童福祉　・　高齢者福祉　・　障がい福祉 | |
| その他 | 公衆衛生 ・ 学校健康教育 ・ 地域活動  研究教育 ・ 勤労者支援　・　医療 | |
| **氏名** |  | | |
| 連絡先(電話番号) |  | | |
| E-mail | 研修用URLなどをお送りするため、正確にご記入下さい | | |
| 勤務先名称 | □自宅 | | |
| 勤務先所在地 | 滋賀県 市郡 町村　　□自宅 | | |

**【第2部の情報交換会に参加される方】**　次の５テーマを気になる順に、順位づけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| １～５まで順位付け | テーマ |
|  | ⭐️栄養ケア・マネジメント(取り組み事例や進捗の様子など個別支援に関すること) |
|  | ⭐️障害福祉サービス等法定改定(各種加算の算定状況など) |
|  | ⭐️厨房と喫食場所の衛生環境 |
|  | ⭐️コロナ禍での食事の対応について |
|  | ⭐️日ごろの業務での悩み相談 |
| その他（右記に記入） | ⭐️ |