働く介護家族応援！企業内研修会　開催申込票

企業・団体名			
担当者様ご氏名		連絡先	
住所・所在地			
受講希望日時	・ 特に希望はない。（後日日程調整をさせていただきます。） ・ （　　）月ごろに受講したい。 ・ 希望日時が決まっている。 ⇒ （　　）月　（　　）日　（　　）時～		
受講者数（予定）	名		
講座開催場所（予定）			

下記の事項は、企業・団体様での研修会開催にあたり、講座内容の参考にさせていただくためのものです。差し支えのない範囲で構いませんので、ご記入ください。

〇研修会で聴きたいテーマをお選びください。（複数選択可）

1. 介護保険制度について　　2. 認知症について
3. 家庭・地域における介護のコツについて　　4. 介護現場の仕事内容について
5. その他 ［　　］

〇貴社・貴団体に所属する方から、家族の介護や仕事との両立に関する相談等を受けたことはありますか。

ある　／　ない

⇒「ある」と回答された場合について、どのような相談でしたか。

［　　］

〇研修会について、お知りになったきっかけはなんですか。

1. 企業訪問による説明　　2. ホームページ
3. 家族・友人・知人の紹介　　4. 商工会議所報 折込チラシ
5. その他（　　）