



生産性向上伴走支援(専門家による無料個別相談) 申込書

FAX、メールまたは郵送にてお送りください。

申込日： 年 月 日

	相談項目	相談内容の例
相談内容について (該当内容に☑ついて)	<input type="checkbox"/> 職場環境の整備	5S活動、文書管理規程の制定
	<input type="checkbox"/> 業務の流れの再構築	間接業務のアウトソース化、業務の標準化
	<input type="checkbox"/> テクノロジーの活用	ソフト導入、介護ロボット・システム(見守り支援等)導入
	<input type="checkbox"/> 手順書の作成	ベテラン介護職員の効率的な介護方法の手順書を作成
	<input type="checkbox"/> 記録・報告の工夫	ナースコールとシステムの連携、介護記録システム・タブレット導入
	<input type="checkbox"/> 情報共有	申し送りとシステムの連携、インカムの活用
	<input type="checkbox"/> OJTの仕組みづくり	質問しやすい仕組みづくり、「気づきシート」による気づく力の養成
	<input type="checkbox"/> 理念・行動指標の徹底	理念・行動指針の策定、理念研修の実施
	<input type="checkbox"/> ノーリフティングケア	委員会を中心とした推進体制構築、研修実施
	<input type="checkbox"/> その他	
オンライン対応希望の有無 希望する ・ 希望しない ※後日、ビデオ会議ソフトの設定方法についてご連絡いたします。		

事業所名			
所在地			
連絡先	電話番号	-	FAX番号
	メールアドレス	@	
申込者氏名	フリガナ	役職	
希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> ①電話 <input type="checkbox"/> ②メール <input type="checkbox"/> ③FAX		

相談実施希望日時

第一希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後	～
第二希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後	～
第三希望	年 月 日 () 午前 ・ 午後	～

※申込書に記載された内容については、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、相談支援に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業ご案内に使用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。
 ※相談内容は秘密厳守いたします。

<センター記入欄>