

令和4年度 権利擁護推進員(身体拘束廃止に向けた推進員)養成研修 受講申込書

令和4年 月 日

社会福祉法人滋賀県社会福祉協議会 滋賀県社会福祉研修センター あて

ふりがな		職 名	職 種
氏 名		(例)主任 リーダー等	(例)介護職 看護師等
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
介護歴	年 月 ※現所属以前の事業所での介護経験も含む		
所属先	法人名 事業所名		
	施設長名・管理者名		
	住 所	(〒 —)	
	電 話	FAX	
	申込担当者名		
	サービス種別	訪問介護 通所介護 短期入所 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 小規模多機能型居宅介護 グループホーム 居宅介護支援 その他 ()	
	本研修修了者	人 ※現在の事業所職員のうち昨年までに本研修を修了された人数	
本研修の実習で取組み予定の事例や業務改善の必要性等について簡潔にご記入ください。 (原則、受講予定者が記載し、管理者等が記載する場合は、受講予定者との確認を必ず行ってください。)			
※ 備考(受講に際して、配慮を必要とする事項等があればご記入ください。)			

＜申込書記入にあたっての留意点＞

- ・上記の申込書記入欄の当てはまるものに○をして、必要事項をご記入ください。
 - ・申込書の氏名は、研修終了後の修了証書に記載されますので、お間違いのないようお願いいたします。
- ※ 氏名表記は、JIS コード第1水準および第2水準の文字による表記となり、外字が含まれている方については類似文字へ置き換えとなります。

*** 受講申込は、郵送または持参、インターネットでお願いします。FAX での受付不可 ***

※個人情報については滋賀県社会福祉協議会「個人情報の保護規定」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。