**＜ＦＡＸ：０７７－５６７－３９１０＞**

**【別 紙】**

**令和　２年度**　**滋賀県障害者虐待防止・権利擁護研修会**

**参　加　申　込　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 所属住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 事業所種別(障害福祉ｻｰﾋﾞｽ種類) |  |
| 申込担当者 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **職名** | **氏　　名** | **受講内容****※参加希望に○をつけてください** | **参加会場****※○をしてください** | **本研修の受講歴****※○をつけてください** |
| **午前** | **全日** | **北部** | **南部** |  |
|  |  |  |  |  |  | **・初めて・Ｒ１年度****・３０年度・２９年度****・２８年度　それ以前** |
|  |  |  |  |  |  | **・初めて・Ｒ１年度****・３０年度・２９年度****・２８年度　それ以前** |
|  |  |  |  |  |  | **・初めて・Ｒ１年度****・３０年度・２９年度****・２８年度　それ以前** |
| **午前のみの参加者は、選択してください****Ｚｏｏｍでの参加方法：**　　　個々人で参加　・　施設で申込者全員が一括して参加**Ｚｏｏｍでなく会場参加希望者氏名：** |
| 【施設・事業所単位での本研修の受講状況について】◇所属施設・事業所で過去に受講者いれば、分かる範囲で該当するものに○をしてください。初参加　　・　　2人　　・　　3人以上 |