

平成29年度高齢者虐待防止研修 受講申込書

「養介護施設従事者等による高齢者虐待を防ぐために」

開催日時：平成29年10月25日（水）

次のとおり研修会の受講を申込みます。

フリガナ		性別
受講者氏名		男 ・ 女
勤務先名称	<input type="checkbox"/>	
	連絡担当者 市町直営の地域包括支援センター所属の方は□に✓を入れてください	
勤務先所在地	〒	
電話	FAX	受講票を送りますので必ずご記入ください
業種 (該当するもの 一つに○を)	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. グループホーム 5. 小規模多機能型居宅介護施設 6. 介護付有料老人ホーム 7. 高齢者福祉施設（養護老人ホーム，軽費老人ホーム（ケアハウス）など） 8. 通所介護 9. 通所リハビリ 10. 訪問看護 11. 居宅介護支援事業所 12. 地域包括支援センター 13. 市・町 14. その他（ )	
資格 (主なもの 一つに○を)	1. 保健師 2. 看護師 3. 社会福祉士 4. 介護支援専門員 5. 介護福祉士 6. ホームヘルパー 7. 介護助手 8. 行政事務職 9. その他（ )	
お弁当（500円・お茶無し）を販売します。要否のどちらかに○をしてください。 これは概数を把握するためです。当日、受付時にお弁当券をご購入ください。		要 否

申込締切日：平成29年10月10日（火）必着

広島県地域包括ケア推進センター宛

FAX 082-569-6494