広島県地域包括ケア推進センター宛

**ＦＡＸ：０８２－５６９－６４９４**

〔FAX番号を間違えないようにお願いします〕

令和元年度高齢者虐待防止研修　受講申込書

**「介護施設等における高齢者虐待の防止に取り組み，尊厳のあるケアを目指して」**

開催日：令和元年10月18日（金）　　申込期限：10月３日（木）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | |
| 申込者氏名 | |  | | | | |
| 勤務先名称 | |  | | | | |
| 勤務先所在地 | | 〒 | | | | |
| 電話 |  | | ＦＡＸ |  | | |
| 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.看護師　　 2.介護支援専門員　　3.社会福祉士　　4.介護福祉士  5.ホームヘルパー　　6.介護助手　　7．行政事務職  8.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| お弁当（500円・お茶無し）を販売します。要否のどちらかに〇をしてください。  これは注文の概数を把握するためです。当日，受付時にお弁当券を購入してください。 | | | | |  | 要否 |