

高齢者虐待対応現任者標準研修受講申込書

下記のとおり申込みます。

フリガナ 氏 名 (性別)	(男 ・ 女)		
勤 務 先 等 ※研修を実施する上で参考にさせていただきますのでご記入ください	勤務先： 住 所：〒 —	職種： 電話： ()	
受講対象の区分 ※該当する項目にレ印をつけてください	☐ 地域包括支援センターの職員 ☐ 高齢者サービス等に関わる機関の職員 ☐ 市町村高齢者虐待対応担当者 ☐ 社会福祉士会会員		
テキストの有無	(ア)	☐ テキストを持っている	
	(イ)	☐ テキストを持っていない	
弁 当 の 手 配	☐ 1日目 ☐ 2日目 ☐ 3日目 ※弁当は600円程度を予定		※希望する日の□にチェックを入れてください
受講者名簿への 掲載の可否	☐ 掲載を希望しない ※受講者名簿は、勤務先、職種、氏名を記載します。		
備 考	※受講にあたって配慮が必要なこと等がございましたら記入ください		

【個人情報について】

受講者のみなさまに関する個人情報は、本研修の運営する目的のみに使用し、他の目的で使用することはありません。

《送信先》 申込み締切 11 月 10 日 (必着)

一般社団法人 島根県社会福祉士会 事務局

FAX 0854 (56) 0083