

◇平成30年度北海道高齢者虐待防止推進研修会【在宅編】◇
参加申込書<申込み〆切：10月19日(金)>

1 所属先

所属先所在市町村名	市・町・村	申込担当者氏名	
所属先名称			
所属先所在地	〒 -		
所属先電話番号		所属先 FAX 番号	
所属先施設種別 ※該当するもの（主なもの 1つ）にチェックしてく ださい	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 軽費・ケアハウス <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> デイサービスセンター <input type="checkbox"/> ヘルパーステーション <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 療養病床 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 地域包括支援C <input type="checkbox"/> その他（ ）		

2 参加者 ※用紙が足りない場合には恐れ入りますがコピーしてご利用ください。

1	①氏名	(ふりがな：)	
	②職名		
	③職種 ※主な業務1つにチ ェックしてください	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> MSW・PSW <input type="checkbox"/> 管理職員 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	④参加会場 ※いずれかにチ ェック	<input type="checkbox"/> 札幌会場 11/19(月)	<input type="checkbox"/> 旭川会場 12/14(金)
	⑤分科会希望	第____分科会	
2	①氏名	(ふりがな：)	
	②職名		
	③職種 ※主な業務1つにチ ェックしてください。	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> MSW・PSW <input type="checkbox"/> 管理職員 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	④参加会場 ※いずれかにチ ェック	<input type="checkbox"/> 札幌会場 11/19(月)	<input type="checkbox"/> 旭川会場 12/14(金)
	⑤分科会希望	第____分科会	
備考 (配慮の必要な事項等)			

- ※ 会場の関係上申込みの受付は先着順で行い、定員になり次第締め切りますので、あらかじめご了承ください。
- ※ 定員を超えて受付できない場合のみ、当センターからご連絡いたします。
- ※ 研修が複数ございます。研修名・会場・開催日をご確認の上、ご記入ください。
- ※ 分科会は会場の関係上ご希望に添えない場合もございます。あらかじめご了承ください。

お問合せ先

北海道高齢者虐待防止・相談支援センター（北海道社会福祉協議会 生活支援部 権利擁護課内）

【担当：鈴木・高橋(早)】 電話 011-281-0928 FAX 011-251-6156