

申込日 平成 27 年 月 日

平成 27 年度北海道高齢者虐待防止推進研修会【基礎編】

< 8 / 25 (火) 開催 > 参加申込書

1 所属先

所属先所在市町村名	市・町・村		
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 ※該当するものにチェックして下さい。	☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 軽費老人ホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ デイサービスセンター ☐ ヘルパーステーション ☐ 小規模多機能 ☐ 療養病床 ☐ 病院 ☐ 行政 ☐ 地域包括支援 C ☐ 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	氏名	
	職名	
	職種 ※主な業務一つにチェックして下さい。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()
2	氏名	
	職名	
	職種 ※主な業務一つにチェックして下さい。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()
3	氏名	
	職名	
	職種 ※主な業務一つにチェックして下さい。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()

※ 申し込み期限の 8 月 3 日 (月) までにお申込ください。なお、会場の関係上受付は先着順で行い、定員になり次第締め切りますので、予めご了承ください。

※ 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。研修名と開催日をご確認の上、ご記入ください。

お問合せ先

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会 生活支援部 権利擁護課 【担当：金木・高田・工藤】
 電話 011-281-0928 FAX 011-251-6156

申込日 平成 27 年 月 日

平成 27 年度北海道高齢者虐待防止推進研修会【在宅編】

< 9 / 15 (火) 開催 > 参加申込書

1 所属先

所属先所在市町村名	市・町・村		
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 ※該当するものにチェックして下さい。	☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 軽費老人ホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ デイサービスセンター ☐ ヘルパーステーション ☐ 小規模多機能 ☐ 療養病床 ☐ 病院 ☐ 行政 ☐ 地域包括支援 C ☐ 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	氏名	
	職名	
	職種 ※主な業務一つにチェックして下さい。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()
2	氏名	
	職名	
	職種 ※主な業務一つにチェックして下さい。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()
3	氏名	
	職名	
	職種 ※主な業務一つにチェックして下さい。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()

※ 申し込み期限の 8 月 17 日 (月) までにお申込ください。なお、会場の関係上受付は先着順で行い、定員になり次第締め切りますので、予めご了承ください。

※ 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。研修名と開催日をご確認の上、ご記入ください。

お問合せ先

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会 生活支援部 権利擁護課 【担当：金木・高田・工藤】
 電話 011-281-0928 FAX 011-251-6156

申込日 平成 27 年 月 日

平成 27 年度北海道高齢者虐待防止推進研修会【施設編】
 <1 回目 9 / 7 (月)、2 回目 10 / 19 (月) 開催>
 参加申込書

1 所属先

所属先所在市町村名	市・町・村		
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 ※該当するものにチェック して下さい。	☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 軽費老人ホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ デイサービスセンター ☐ ヘルパーステーション ☐ 小規模多機能 ☐ 療養病床 ☐ 病院 ☐ 行政 ☐ 地域包括支援 C ☐ 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	氏名		職名	
	希望日程 ※希望の日程一つにチ ェックしてください。	☐ 9/7 (月)(1 回目) ☐ 10/19 (月)(2 回目)		
	職種 ※主な業務一つにチ ェックしてください。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()		
2	氏名		職名	
	希望日程 ※希望の日程一つにチ ェックしてください。	☐ 9/7 (月)(1 回目) ☐ 10/19 (月)(2 回目)		
	職種 ※主な業務一つにチ ェックしてください。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()		
3	氏名		職名	
	希望日程 ※希望の日程一つにチ ェックしてください。	☐ 9/7 (月)(1 回目) ☐ 10/19 (月)(2 回目)		
	職種 ※主な業務一つにチ ェックしてください。	☐ 社会福祉士 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 介護職員 ☐ MSW・PSW ☐ 管理職員 ☐ 事務職員 ☐ 理学療法士・作業療法士 ☐ その他 ()		

- ※ 申し込み期限の 8 月 3 日 (月) までにお申込ください。なお、会場の関係上受付は先着順で行
 い、定員になり次第締め切りますので、予めご了承ください。
- ※ 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。研修名と開催日をご確認の上、ご記入ください。

お問合せ先
 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会 生活支援部 権利擁護課 【担当：金木・高田・工藤】
 電話 011-281-0928 FAX 011-251-6156