テーマ別研修 ＜生活を向上させるための介護技術編＞　受講申込書

※この用紙に直接記入し、**郵送**にてお申込み下さい。太枠内は全て必須項目です。

ふりがな		性別：　男　・　女
※氏　名①		
職　種	※当てはまる職種にチェックを付けてください。 ☐介護福祉士　☐看護師　☐保健師　☐理学療法士　☐作業療法士　☐言語聴覚士 ☐社会福祉士　☐医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ　☐介護支援専門員　☐訪問介護員 ☐その他（　　）	
経験年数	（現職での経験年数　　年　　ヶ月 ）	
ふりがな		性別：　男　・　女
※氏　名②		
職　種	※当てはまる職種にチェックを付けてください。 ☐介護福祉士　☐看護師　☐保健師　☐理学療法士　☐作業療法士　☐言語聴覚士 ☐社会福祉士　☐医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ　☐介護支援専門員　☐訪問介護員 ☐その他（　　）	
経験年数	（現職での経験年数　　年　　ヶ月 ）	
勤務先名称等	種別：特養、老健、病院、訪問介護、訪問看護、身障更生、身障療護、その他（　　） 名称：	
勤務先住所等	〒　　－	
	TEL　（　　）　　－	FAX　（　　）　　－
今回のテーマについて、業務の中で困っていること、知りたいこと等を簡単にご記入下さい。		

・記入漏れのないようにお願いいたします。
・複数の方が申し込みをする場合はコピーをしてお使い下さい。
・ **84 円切手を貼った返信用封筒（A4 用紙 3 枚程度が 3 つ折で入る大きさのもの、但し複数名申し込みの場合は、料金不足となることがありますので、ご負担願います）に返信先の住所･氏名を記入の上同封していただき、下記まで封書でお申し込みください。**

・締め切り　　令和２年１１月３０日（月）　必着

∽ 申し込み･問い合わせ先 ∽

〒６７９－５１６５　兵庫県たつの市新宮町光都１丁目７番１号
社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団　西播磨総合リハビリテーションセンター
地域支援･研修交流課
ＦＡＸ：０７９１－５８－１０７０　電　話：０７９１－５８－１０５０

個人情報の取り扱いについて
受講申込書に記載いただいた情報については、申込者名簿の作成等研修事業以外の目的で使用することはありません。また、その管理については、「社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団個人情報の保護に関する規則」等に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。