

身体介護テーマ別研修 <ポジショニング編（基礎・実践）> 受講申込書 **1日コース用**

※この用紙に直接記入し、**メールに添付**してお申込み下さい。太枠内は全て必須項目です。

ふりがな		
氏名		
職種	※当てはまる職種に○を付けてください。 理学療法士、作業療法士、保健師、看護師、言語聴覚士、介護福祉士、 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（ ）	
経過年数	（現職での経過年数 年 ヶ月）	
勤務先名称等	種別：病院、特養、老健、グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所、 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 ( ) —
<p>必ず、以下メールアドレスを記入してください。                      随時確認できるメールアドレスを必ず1つだけ記入してください。                      （添付ファイルを送受信でき、日中随時確認できるアドレスでお願いいたします。）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【メールアドレス】 @</p> </div> <p>※受講されるうえで必要な情報を届ける際に必要になります。</p>		
<p>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書いて下さい。</p>		

- ・記入漏れのないようにお願いいたします。
- ・申し込みは、メールでお願いいたします。※受講申込書は、メールに添付送付してください。
- ・申込用メールアドレス：[hrn\\_complaza@hwc.or.jp](mailto:hrn_complaza@hwc.or.jp)
- ・締め切り 令和3年5月24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。