

身体介護テーマ別研修 <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。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 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。

- ・ メールでお申込みください。
 申込書にご記入のうえ、メールに添付して送付してください。
 申込書については、記載もれのないようお願いいたします。
 メールアドレス：hrn_complaza@hwc.or.jp
 - ・ 申込および受講について、実施要項をよくご確認のうえ（受講対象者および研修方法などの条件など）ご応募ください。
 - ・ 申込書は、一組一枚をお願いいたします。
 - ・ 応募者多数の場合は選考・抽選を行います。
- ※締切：令和3年9月1日（水）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。