身体介護テーマ別研修 <移乗編> 受講申込書

※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	性別： 男 ・ 女
氏 名	S ・ H 年 生年月日 月 日 (歳)
職 種	※当てはまる職種にチェックを付けてください。 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 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 ()
経験年数	(現職での経験年数 年 ヶ月) ※受講対象： 現職で実務経験5年未満の方
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、障害者支援施設、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; min-height: 30px;">【メールアドレス】</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ご記入下さい。</p>	
<p>受講の動機： ☐自主的に希望 ・ ☐上司の推薦 ・ ☐その他 ()</p>	

- 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。

• **締め切り 令和3年9月21日(火) 15:00 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
 hrn_complaza@hwc.or.jp

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。