高齢者虐待対応研修 受講申込書

**「養介護施設従事者等による高齢者虐待**

**～県・市町の責務とその対応」**

**開催日時：令和元年８月26日（月） 10時～１６時**

**）**

**受 講 申 込 書**

**研修日時：1２月２5日（水）**

次のとおり研修会の受講を申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性 別 |
| 受講者氏名 |  | 男・女 |
| 勤務先名称 |  |
| 勤務先所在地 | 〒 |
| 電話 |  | Ｆａｘ | 受講票を送りますので必ずご記入ください |
| 資　　格(主なもの一つに○を) | 1.保健師　　　　　2.社会福祉士　　　　　3.社会福祉主事4.行政事務職員　　　5.その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

**申込締切日：令和元年８月９日（金）**

送信先：広島県地域包括ケア推進センター宛