

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、メールに添付またはFAX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			
氏 名			
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"/> 支援員 <input type="checkbox"/> 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、居宅介護支援事業所、小規模多機能、看護多機能、通所介護、訪問介護、訪問看護、サ高住、障害者支援施設、市町、その他（ ） 名称：		
勤務先住所等	〒 —		
	TEL （ ） —	FAX （ ） —	
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。）			
<div>【メールアドレス】 @</div>			
※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。			
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。			

- ・記入漏れのないようにお願いいたします。 ・応募者多数の場合は選考・抽選を行います。
 - ・申し込みは、メールかFAX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：hrrn_complaza@hwc.or.jp FAX【0791-58-1070】
- ※締切：令和6年5月23日（木）12時必着

∞ 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。