

認知症ケアにおけるリフレーミング研修 BPSD 編 受講申込書

※この用紙に直接記入し、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		年代	<input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代
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"/> 介護職員（高齢福祉） <input type="checkbox"/> 生活支援員（障害福祉） <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"/> 音楽療法士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
経験年数	現職種での経験年数 年 ヶ月		
勤務先名称等	種別：病院、特養、老健、グループホーム、訪問介護、訪問看護、通所介護、小規模多機能型居宅介護事業所、看護多機能、サ高住、障害者支援施設、市町、その他（ ） 名称：		
勤務先・または自宅住所等	〒 —		
	TEL () —	FAX () —	
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。)			
【メールアドレス】 _____ @ _____			
※受講決定はメールにてお知らせいたします。			
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ご記入ください。			
受講の動機： <input type="checkbox"/> 自主的に希望・ <input type="checkbox"/> 上司の推薦 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）			

- 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ください。
- メールまたはFAXでお申込ください。※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

• **締め切り 令和6年 9月 12日(木) 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。