

## 千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修受講推薦書（指導者養成課程）

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会 様

【施設・事業所等所在地】〒

【種 別】 特養・老健・介護医療院・指定介護療養型・短期入所生活介護・短期入所療養介護・  
 （を付すこと） 認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護  
 養護・軽費・有料  
 介護・リハビリ・地域密着・認知症・小規模居宅・複合型・包括支援・その他（ ）

【施設・事業所名】

【施設・事業所長名】

【電話番号】

【FAX 番号】

【施設・事業所としての高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修のこれまでの研修受講状況等】

	受講者修了現員数
基礎課程	人
専門課程	人
指導者養成課程	人
管理者課程	人

千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。

## 【指導者養成課程】

(フリガナ) 氏 名 (生年月日)	職 種	専門課程 修了年度	身体介護に関する資格等の有無 (有・無にを付す) 1	現職経験年数 ..... 身体介護業務の 通算経験年数 2	備 考
( ) (昭和 年 月 日) (平成 )		平成 年度 令和 修了証番号 ( )	有( ) 無	年 ..... 年	

1 資格等有の場合は、( )内に資格等の種類（介護福祉士，ホームヘルパー〇級，〇〇研修受講等）を記載する。

2 経験年数は、当該年度の4月1日現在とし、1年未満は切り捨てとする。

&lt;希望回数&gt; 希望する回数（第1～2次）を記入してください。

第1希望

第 次

第2希望

第 次