

指導者養成課程用

千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修 受講申込書

一般社団法人 千葉県高齢者福祉施設協会会長 様

<施設名>

<施設長名>

(押印不要)

千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修（指導者養成課程）の受講を次のとおり申し込みます。

施設情報	種別 [ブルダウン]	施設名	郵便番号	施設住所	電話番号	連絡用 メールアドレス	担当者名

優先 順位	受講希望者 氏名	フリガナ	生年月日 (昭和又は平成 を削除)	職種 [ブルダウン]	専門課程 修了年度 (平成又は令和を 削除)	身体介護に関す る資格等の有無 (有又は無を削除) ※１	現職経験年数	希望回数(1～2次)	
							身体介護業務の 通算経験年数 ※２	第１希望	第２希望
1			昭和・平成 年 月 日		平成・令和 年度	有 () 無	年 年	第 次	第 次

優先 順位	受講希望者 氏名	フリガナ	生年月日 (昭和又は平成 を削除)	職種 [ブルダウン]	専門課程 修了年度 (平成又は令和を 削除)	身体介護に関す る資格等の有無 (有又は無を削除) ※１	現職経験年数	希望回数(1～2次)	
							身体介護業務の 通算経験年数 ※２	第１希望	第２希望
2			昭和・平成 年 月 日		平成・令和 年度	有 () 無	年 年	第 次	第 次

※１ 資格等が有の場合は、() 内に資格等の種類（介護福祉士、ホームヘルパー○級、○○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。

※ 本書はエクセルシートに入力し、指定されたアドレスへエクセルのまま提出すること。（PDFにしないこと。手書きは不可）