

千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修受講推薦書（管理者課程）

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。

【管理者課程】

(フリガナ) 氏 名 (生年月日)	職 種	過去の受講 履歴	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		課程 (年) 課程 (年)	有() 無	年 年	

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。

<希望回数> 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