**平成２９年８月２１日（月）～９月２０日（水）までにＦＡＸでお申し込みください。**

事務担当：介護高齢課人材育成係　渡邉**（FAX：０２７－２２１－８９２５）**

**平成２９年度高齢者権利擁護等推進事業研修申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.受講希望研修**  **①～③ のうち、**  **いずれか１つに○**  **１施設から権利擁護と看護実務者の両方を申込むことは不可とします** |  | 1. 権利擁護推進員養成研修A   平成29年11月8日、11月14日、12月14日の3日間  （**11月14日以降から約4週間の自施設実習と発表を含む**） | | | |
|  | 1. 権利擁護推進員養成研修B   平成29年11月8日、11月15日、12月19日の3日間  （**11月15日以降から約4週間の自施設実習と発表を含む**） | | | |
|  | 1. 看護実務者研修   平成29年11月21日、11月24日の2日間 | | | |
| **２．法人名** | |  | | | |
| **３．所属名（施設名）** | |  | | | |
| **４．所属（施設）先住所** | | 〒 | | | |
| **５．施設種別** | |  | | | |
| **６．連絡先** | | 電　話：  ＦＡＸ： | | 申込み  担当者 |  |
| **７．研修修了者の有無** | | 過去3年間において自施設から修了者を輩出したことがある研修に〇をつけてください（該当するものに〇をつけてください）  権利擁護推進員養成研修　・　看護実務者研修　・修了者なし | | | |
| **８．出席希望者**  **職種・氏名・現在の職位についてからの経験年数** | | 職種・職位 |  | | |
| 氏　　　名 | ふりがな | | |
|  | | |
| 経 験 年 数 | 年　 　　か月（平成　年　月末日現在） | | |

1. **申し込み期日後の受付はいたしませんのでご注意ください。**
2. 申し込みは過去に受講したことのない方としてください。

また、**１施設１名以内の申込みとします（１施設から権利擁護と看護実務の両方を申込むことは不可とします）。**

1. **、② の権利擁護推進員研修Ａ、Ｂは日程が異なるのみで内容は同じです。**申込みの状況によっては、Ａ、Ｂの間で変更をお願いすることもあります。なお、**初日のみＡ、Ｂ合同で実施します。**予めご承知おきください。