

## 基礎課程用

## 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

&lt;施設名&gt;

&lt;施設長名&gt;

（押印不要）

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

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

| 優先<br>順位 | 受講希望者<br>氏名 | フリガナ | 生年月日<br>(昭和又は平成<br>を削除)) | 職種<br>[プルダウン] | 身体介護に関する資格等の有無<br>(有又は無を削除)<br>※１ | 身体介護業務の<br>通算経験年数<br>※２ | 希望回数(1～4次) |      | ※３  |
|----------|-------------|------|--------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------|------------|------|-----|
|          |             |      |                          |               |                                   |                         | 第１希望       | 第２希望 |     |
| 1        |             |      | 昭和・平成<br>年 月 日           |               | 有 ( )<br>無                        | 年                       | 第 次        | 第 次  | 可・否 |

| 優先<br>順位 | 受講希望者<br>氏名 | フリガナ | 生年月日<br>(昭和又は平成<br>を削除)) | 職種<br>[プルダウン] | 身体介護に関する資格等の有無<br>(有又は無を削除)<br>※１ | 身体介護業務の<br>通算経験年数<br>※２ | 希望回数(1～4次) |      | ※３  |
|----------|-------------|------|--------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------|------------|------|-----|
|          |             |      |                          |               |                                   |                         | 第１希望       | 第２希望 |     |
| 2        |             |      | 昭和・平成<br>年 月 日           |               | 有 ( )<br>無                        | 年                       | 第 次        | 第 次  | 可・否 |

※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。

※３ 第１・２希望とも不可になった場合に、他の回数で受講することの可否を記載する。（可又は否を削除）

※ 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）