

専門課程用

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（**専門課程**）の受講を次のとおり申し込みます。

施設情報	種別 [プルダウン]	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 [プルダウン]	基礎課程 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(1~3次)		※3
							身体介護業務の 通算経験年数 ※2	年	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	可・否

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 [プルダウン]	基礎課程 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(1~3次)		※3
							身体介護業務の 通算経験年数 ※2	年	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	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。

※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）