

平成 28 年度兵庫県主催 (申込日 月 日)

高齢者虐待対応力向上研修 申込書

郵便・FAX・E-mailにて

申込先FAX：078-265-1340 E-mail: entry@hacsw.or.jp

兵庫県社会福祉士会事務局 TEL：078-265-1330

〒651-0062 神戸市中央区坂口通2-1-1 福祉センター5階

(ふりがな) お名前	(ふりがな必須)
連絡先 (必須) (職場名を明記のこと)	職場名 (必須): ご住所 〒 TEL (必須): FAX (必須): E-Mail:
職場種別等 (必須) ①～④のいずれかを○で囲む。 ⑤対応歴の記入してください。	①市町役所： 市 部 課 ②地域包括： 市 センター ③在宅サービス等 市 (事業種別): ④施設サービス等 市 (事業種別): ⑤虐待対応歴： 未経験 ・ 1～2年程度 ・ 3年以上
希望研修 (研修コードと会場名)	同一日にA・Bを通して受講する場合は、「01A+01B」のようにお書きください。 研修コード： 会場名：
備考	(受講に際して必要な配慮などについて具体的にお書きください)

事務局 連絡欄	<受付>	<受講可否>