別紙

提出期限：**８月１９日（水）必着**

※提出期限が過ぎた申込は受付できません。

**送付先**

石川県健康福祉部長寿社会課　南あて

**ＦＡＸ　０７６－２２５－１４１８**

介護職員向け高齢者虐待防止研修会参加申込書

**（施設編） ９月２８日（月）、９月２９日（火）、１０月５日（月）　開催**

**（利用者宅編）　１０月１日（木)、２日(金)　開催**

　※注意：上記日程の内、いずれか１日の参加になります。

両方の参加はできません。

　　事業所番号・施設種別

　　所属名　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　郵便番号　　　　　　　所属住所

　　所属メールアドレス

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 職　　種 | 介護保険関係  業務従事年数  （○年○ヶ月) | 受講希望日  ↓(いずれかに○) | |
| 氏　　名 |
| （ふりがな） |  |  |  | 9月28日(月) 金沢 |
|  | 9月29日(火) 金沢 |
|  |
|  | 10月1日(木) 金沢 |
|  | 10月2日(金) 金沢 |
|  | 10月5日(月) 七尾 |

　 ※　開催日により、活用する事例内容が異なることに注意してください。

※　特に受講希望日がない場合は、いずれにも○を付けなくて結構です。