

※締切日 8月10日（木）必着

返信先 一般社団法人静岡県介護福祉士会 行 (FAX 054-253-0829)

令和5年度 静岡県高齢者権利擁護等推進事業

### 「身体拘束廃止推進員養成研修」受講申込書

法人名			
施設名			
施設等種別 (該当番号に○ 印)	1 特別養護老人ホーム 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 グループホーム	5 有料老人ホーム 6 短期入所・小規模多機能 7 地域密着型特養 8 その他 ( )	
所在地	〒 ( )		
連絡先	TEL		FAX
	メールアドレス		
申込み責任者	氏名	役職	
受講者	ふりがな		区分
	氏名		( ) 介護福祉士会 会員 No (220- ) ( ) 非会員
	生年月日		
	役職 (役割)		
	職種		
現状報告欄	1. 身体拘束廃止委員会等は設置されているか ( ) 設置している ( ) 今後予定している 2. 身体拘束に関する自職場での課題を記入して下さい。 *受講生の視点から ( ) *責任者の視点から ( ) 3. 責任者の立場で、研修後受講生に対してどのようになって欲しいかご記入下さい。 ( )		

◇ 受講決定通知は上記責任者宛に郵送します。

◇ 応募者多数の場合は、調整させていただきますのでご了承願います。

◇ 記入していただいた情報は、当研修運営上のみの利用とします。

◇ 公益社団法人静岡県看護協会で開催の看護実務研修受講者と重複しないようお願いします。

問合せ先： 一般社団法人静岡県介護福祉士会事務局／平野(美)・若杉

TEL 054-253-0818 FAX 054-253-0829