（一社）秋田県社会福祉士会 事務局　宛　　　　　　　　　　別紙　１

**F A X ： ０１８－８９６－７８８２**

**E-mail ： akitaken-csw@flute.ocn.ne.jp**

（※FAXの場合、送り状は不要です。このままお送りください）

（※メールの場合、この申込書を添付してください）

**令和７年１０月１５日(水)まで**にお申し込みください。

**令和７年度** **市町村職員等高齢者虐待対応力強化研修**

**（養介護施設従事者等による高齢者虐待対応研修）**

**受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　　日

　令和７年度 市町村職員等高齢者虐待対応力強化研修の受講を

次のとおり申し込みます

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | |  | 性　別 | 年齢 | 歳 |
|  |
| 勤務先  ・  連絡先  等 | 名　称 |  | | | |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | FAX  番号 |  | |
| Eメール |  | | | |
| 職　種 |  | | | |
| 資　格 | 社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、主任介護支援専門員、  介護支援専門員、社会福祉主事、その他（　　　　　　　　　） | | | |
| その他  高齢者虐待の現状とその対応について、質問、ご意見がありましたらご記入ください。 | |  | | | |

※「年代別」と「資格」については、該当する項目に○印をしてください。複数記入も可です。

※(個人情報について)この受講申込書の情報は、研修の目的を達成する範囲以外には使用しません。