

令和3年度 神奈川県障害者虐待防止・権利擁護研修 受講申込書

令和3年 月 日

市町村障害福祉主管課長 殿

(※指定事業所の場合)

事業所番号

*法人名などから、正式名称でご記入ください。

所属名称

所属長名

〒

所在地

T E L

F A X

メー ル

標記研修の受講者として、次の者を推薦します。

(該当する項目○を付け、必要事項を記入欄に記入してください。)

希望コース	① 市町村障害者虐待防止センター担当職員等コース (市町村障害者虐待防止担当職員、障害者虐待防止センター受託事業所の相談員)		
	② 障害者福祉施設等設置者・管理者コース (設置者・管理者) ※設置者(法人代表者)または管理者に限る。		
	③ 障害者虐待防止マネージャーコース (サービス管理責任者またはこれに準ずる者)		
受講希望者氏名	ふりがな	障害福祉支援業務 の経験年数	年 月
所属等 所属内優先順位※ ※同一所属で複数の方 を推薦する場合、必ず 優先順位を記載してく ださい。	所属種別	1. 市町村	
		2. 障害者虐待防止センター受託者	
		3. 指定障害者支援施設、指定障害福祉サービス事業所 → サービス種類 ()	
		4. その他 ()	
	所属名称		
	役 職		
	住 所 〒		
	電 話		
Zoom 使用 メール		(複数不可)	
施設等の主たる 対象者	1. 特定無し 2. 身体障害 3. 知的障害 4. 精神障害 5. 障害児		
雇用形態	1. 常 勤 2. 非常勤 (勤務形態: /週)		
配慮事項 * 該当する項目に チェックをお願いします。	1. 拡大文字資料		2. 点字教材
	その他 ()		

※収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

市町村記入欄

希望コース	優先順位
① 市町村虐待防止センター職員等	
② 設置者・管理者	
③ マネージャー (サビ管等)	