（別　紙）　　　　　　　【受付完了の連絡については、記載していただいたメールアドレスへ送信予定です】

「令和５年度愛媛県養介護施設従事者等による高齢者虐待防止研修会」受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地方局・市町の方 | | |
| 地方局名・市町名 |  | ＴＥＬ |
| メールアドレス |  | |
| 事業所・施設の方 | | |
| 事業所・施設名 |  | ＴＥＬ |
| メールアドレス |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者① | 氏　　名 | フリガナ | 職種・職名 |
|  |  |  |
| 参加者② | 氏　　名 | フリガナ | 職種・職名 |
|  |  |  |

※一事業所２名までとさせてください

|  |
| --- |
| 今年度、貴所で実施した虐待防止研修の内容についてご記入ください。 |
|  |

＊本申込書で取得した個人情報については、その取扱いに十分留意し、本研修会の運営以外の目的では使用しません。

申込締切：令和６年２月９日（金）

送信先：一般社団法人　愛媛県社会福祉士会　事務局

メール　eacsw@mbr.nifty.com

ＦＡＸ　０８９－９４８－８０３２

※できるだけメールでお申込みいただけると助かります