

障害のある人の地域生活支援を考えるセミナー 受講申込書(締切 5月9日)

※この用紙に直接記入し、**郵送**にてお申込み下さい。太枠内は全て必須項目です。

ふりがな		
氏名	性別： 男 ・ 女	
障害の有無	障害なし	
	障害あり（肢体、知的、精神、混合、その他） 車いす使用あり 付添あり（ ）	
職種	※当てはまる職種に○を付けてください。	
経験年数	理学療法士、 作業療法士、 保健師、 看護師、 言語聴覚士、 介護福祉士、 社会福祉士、 医療ソーシャルワーカー、 介護支援専門員、 訪問介護員、 その他（ ）	
	（現職での経験年数 年 ヶ月）	
勤務先名称等	※一般の方は記載不要です。	
	種別： 特養、老健、病院、訪問介護、訪問看護、身障更生、身障療護、その他（ ） 名称：	
勤務先又は 自宅住所等	〒 —	
	TEL () —	FAX () —
今回のテーマについて、困っていること、知りたいこと等を簡単に書いて下さい。		

- ・ 記入漏れのないようにお願いいたします。
- ・ 複数の方が申し込みをする場合はコピーをしてお使い下さい。
- ・ 80円切手を貼った返信用封筒（A4用紙3枚程度が3つ折で入る大きさのもの）に返信先の住所・氏名を記入の上同封していただき、下記まで封書でお申し込みください。

∞ 申し込み・問い合わせ先 ∞

〒679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都1丁目7番1号
兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター 地域支援・研修交流課
(担当 小山・木村)
FAX：0791-58-1070 電話：0791-58-1050

個人情報の取り扱いについて

受講申込書に記載いただいた情報については、申込者名簿の作成等研修事業以外の目的で使用することはありません。また、その管理については、「社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団個人情報の保護に関する規則」等に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。