（別　紙）　　　　　　　　　　　　　　　　メールかＦＡＸにてお送りください。

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３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・市町の方は地方局名・市町名  /事業所・施設の方は事業所・施設名 | 連絡先 |
|  | ＴＥＬ  ＦＡＸ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | フリガナ | 職種・職名 |
|  |  |  |
| メールアドレス | | |
|  | | |
| 氏　　名 | フリガナ | 職種・職名 |
|  |  |  |
| メールアドレス　　※上記と同じアドレスでも構いません | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| 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４年２月１８日（金）

送信先：一般社団法人　愛媛県社会福祉士会　事務局

ＦＡＸ　０８９－９４８－８０３２

メール　[eacsw@mbr.nifty.com](mailto:eacsw@mbr.nifty.com)