

【共通講義&市町コース】R7三重県障がい者虐待防止・権利擁護研修 申込フォーム

申込期限 は9月9日(火)17時までです。

本フォームは「共通講義& 市町及び障害者虐待防止センターコース（市町コース）」受講を希望する方のお申込みを受け付けます。「共通講義& 障害福祉サービス事業所職員コース（事業所コース）」、又は「共通講義のみ」を希望される方は、別の専用フォームにアクセスしてお申込みください。

*申込者1名につき必ず1回入力してください。

*本フォームに記載した内容の控えは、送信ボタンを押した後、
入力したメールアドレスに自動送信されます。

メールアドレスに誤りがないか、入力後よくお確かめください。

*メールアドレスは、受講決定に関する情報を受け取れるものを入力してください。

*研修の対象者など、本研修の詳細については <https://www.miewel-1.com/training/> を
ご覧ください。

*お問合せTEL : 059-213-0533

* 必須の質問です

1. メールアドレス *

2. 「共通講義&市町コース」に申込みすることにお間違ありませんか？ *

「共通講義&事業所コース」又は「共通講義のみ」受講を希望される方は、別途、各
回答フォームからお答えください。

1 つだけマークしてください。

☐ 『共通講義&市町コース』の受講を希望します。

3. 所属長の承認を得て、研修をお申し込みください。 *

1 つだけマークしてください。

☐ 所属長の承認に基づき研修を申し込みます。

受講希望者の情報

4。 氏名（漢字） *

姓と名の間には全角スペースを入力してください。（例）三重 花子

5。 氏名（全角カタカナ） *

姓と名の間には全角スペースを入力してください。（例）ミエ ハナコ

6。 本人連絡先（半角、-（半角ハイフン）あり） *

携帯電話など、本人の連絡先を入力してください。半角、-（半角ハイフン）ありで入力してください。（例）090-0000-1111

お勤め先の情報

7。 お勤め先の法人・市町名 *

8。 お勤め先の事業所名または所属部署名 *

9。 申込担当者氏名 *

申込担当者とは、事務局からの問合せにご対応いただける方です。

10。 申込担当者電話番号（半角、-（半角ハイフン）あり） *

（例）059-213-0533

11。 受講者の業種 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 市町障がい福祉担当職員
- ☐ 障害者虐待防止センター職員
- ☐ コア会議のメンバーとなっている職員
- ☐ その他: _____

12。 受講者の経験年数 *

「受講者の業種」での経験年数の通算をお答えください。(研修内容の参考にさせていただくためにお伺いしており、厳密にお答えいただく必要はありません)

1 つだけマークしてください。

- ☐ 1年未満
- ☐ 1年以上～3年未満
- ☐ 3年以上～5年未満
- ☐ 5年以上～10年未満
- ☐ 10年以上～

13。 実際に虐待の調査を担当したことがありますか（任意回答）

研修内容の参考にさせていただくためにお伺いしており、受講要件に係るものではありません。

1 つだけマークしてください。

- ☐ ある
- ☐ ない

14。 その他、特記事項や配慮が必要なことがあればご記入ください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム