

# 【障害福祉サービス事業所等コース】令和6年度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：令和6年10月21日(月)17時まで

\*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. このフォームは『障害福祉サービス事業所等コース』の受講申込フォームです。 \*

『市町及び障害者虐待防止センター職員コース』の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。

☐ 『障害福祉サービス事業所等コース』の受講を希望します。

## 3. 法人・事業所等の長（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。

4. 『障害福祉サービス事業所等コース』を受講するためには、「令和6年度三重県障がい者虐待防止・権利擁護研修『共通講義』」を受講済であることが条件となります。

1つだけマークしてください。

- ☐ R6年度の共通講義を未受講である 質問 25 にスキップします
- ☐ R6年度の共通講義を受講済である

### 受講希望者の情報

5. 「令和6年度三重県障がい者虐待防止・権利擁護研修『共通講義』」の受講番号を入力してください。

(例 1) 共－ 3 5

(例 2) 共－ 5 0 0

---

6. 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

---

7. 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

---

8. 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）090-213-0533

---

9. 生年月日 \*

お申込者本人の生年月日を選択してください。（西暦）

---

例: 2019 年 1 月 7 日

## お勤め先の情報

10. お勤め先の法人名 \*

---

11. お勤め先の事業所名または所属名 \*

---

12. お勤め先の電話番号（半角、-（半角ハイフン）あり） \*

お勤め先の電話番号を、半角、-（半角ハイフン）ありで入力してください。  
（例）059-213-0533

---

13. お勤め先のFAX番号（半角、-（半角ハイフン）あり） \*

お勤め先のFAX番号を、半角、-（半角ハイフン）ありで入力してください。 （例）  
059-222-0305

---

14. 受講対象者の確認 \*

受講対象者の確認として、下記の該当するものを選択してください。

1つだけマークしてください。

- ☐ 障害福祉サービス事業所等の管理者
- ☐ 虐待防止マネージャー
- ☐ 虐待防止マネージャー（になりうる者）
- ☐ 虐待防止委員会の運営に携わっている者
- ☐ その他: 

---

15. 受講者の職種 \*

（例）管理者、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者 など

---

## 16. 受講者の経験年数 \*

「受講者の職種」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～

## 17. 現在の所属先の種別 \*

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 成人分野（障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業所等）
- ☐ 児童分野（児童福祉法に基づく児童発達支援センター等）
- ☐ 学校、保育所
- ☐ 病院
- ☐ その他: \_\_\_\_\_

「障害福祉サービス事業所等コース」への申込に関して

「障害福祉サービス事業所等コース」について、「事業所1部(講義)」はYouTubeでの動画視聴による受講、「事業所2部(演習)」は会場での実施を予定しています。

18. 本研修の講義はオンライン（YouTube）で実施します。オンライン受講環境 \*  
は準備可能ですか。

詳しくは開催要項、別紙2をご確認ください。

1つだけマークしてください。

- ☐ オンライン研修を受講可能な環境がある。

19. 「障害福祉サービス事業所等コース」への申込に関して選択してください。 \*
- 事業所2部の受講を希望する場合でも、定員の関係上、事業所1部のみの受講となる場合があります。ご了承ください。
- 1つだけマークしてください。

- ☐ 事業所1部(YouTube)のみ受講を希望します。 質問 22 にスキップします
- ☐ 事業所1部(YouTube)及び事業所2部(集合)の受講を希望します。  
質問 20 にスキップします

事業所1部(YouTube)及び事業所2部(集合)の受講を希望した方へ

20. 「事業所2部」は各事業所 1 名のみ申込・受講が可能です。事業所からの申込者は 1 名ですか？ \*
- 本コースの受講対象者は障害福祉サービス事業所等の管理者、虐待防止マネージャー（なりうるものを含む）です。
- 1つだけマークしてください。

- ☐ 事業所内での申込者は 1 人のみである

21. 「事業所 2 部」の受講に関して、希望の受講日程を選択してください。 \*
- 定員の関係上、希望の時間帯に受講できるとは限りませんのでご了承ください。  
※「事業所 1 部」のYouTube動画配信期間は両日程で共通です。（令和6年11月14日（木）～11月29日（金））
- 1つだけマークしてください。

- ☐ 事業所2部【A日程を希望】 令和6年12月3日(火) 10時～17時（予定）
- ☐ 事業所2部【B日程を希望】 令和6年12月16日(月) 10時～17時（予定）
- ☐ どちらでも可

その他、お申し込みに関する質問

申込内容に関して、事務局から連絡する場合があります。

## 22. 事務担当者（申込内容を把握している方） \*

申込内容に関して事務局から連絡した場合の担当者をお答えください。  
本人の場合はご本人氏名をご記入ください。

---

## 23. 申込内容に関する連絡先 \*

申込内容に関して事務局から連絡する場合の連絡先（電話番号）をお答えください。  
（半角、-（半角ハイフン）あり）

---

## 24. その他、特記事項があればご記入ください。

---

---

---

---

---

共通講義を未受講の方へ

## 25. 次年度以降、共通講義から申込・受講をお願いします。 \*

1つだけマークしてください。

☐ 了承しました。

---

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

