

平成 25 年 11 月 1 日

相談支援事業所等各位

障害者虐待防止・権利擁護研修（相談支援事業所等研修）について（通知）

一般社団法人 千葉県社会福祉士会
会長 神山 裕也
(公印省略)

平素より格別のお引き立てを賜り誠にありがとうございます。

当会では千葉県障害福祉課の委託により、障害者虐待防止・権利擁護研修（相談支援事業所等研修）事業を委託し、実施する運びとなりました。

つきましては添付の実施計画のとおり研修を実施いたしますので、関係職員のご参加のほどお願い申し上げます。

平成 25 年 12 月 4 日（水）
千葉県庁南庁舎 9 階第 3 会議室 9 時 50 分～16 時 40 分（受付は 9：30 より）
定員：110 名

平成 25 年 12 月 18 日（水）
千葉県千葉市中央区千葉港 7 - 1 塚本千葉第五ビル 3 階
ホテルニューツカモト 3 階研修室
9 時 50 分～16 時 40 分（受付は 9：30 より）
定員：110 名

研修内容は両日とも同じ内容です。

参加申込人数は定員の都合上、**原則「1 法人 1 名」**とさせていただきます。但し、定員に空きがある場合に限って、追加の参加を認めさせていただきます。その際は当法人より担当者へご連絡いたします。

受講票等はありません。受講不可の場合と上記原則以外の場合のみお電話いたします。

（特に連絡がない場合、「1 法人 1 名のみ参加」「申込のみで参加可能」となります。）

参加希望人数に偏りがある場合、日程変更のご相談をさせていただく場合があります。

申込書は本用紙の裏面にございます。ファックスにて申込をお願いいたします。

<お問い合わせ・連絡先> 一般社団法人 千葉県社会福祉士会
〒260-0026

千葉県千葉市中央区千葉港 7-1
一般社団法人 千葉県社会福祉士会 事務局
TEL 043-238-2866 FAX 043-238-2867

平成 2 5 年度 障害者虐待防止・権利擁護研修（相談支援事業所等研修）
参加申込書 送付先（FAX：0 4 3 - 2 3 8 - 2 8 6 7）

参加希望日	* どちらかに をつけてください 1 2 月 1 8 日
-------	---------------------------------

事業所名：		
代表者名 氏名：	住所 〒	
	TEL:	FAX:

	(フリガナ) 氏名	職種	経験 年数 ()	備考：配慮が必要な事項等 (車いす、手話通訳、ガイドヘルパー等)
1				
追加				

提出いただいた個人情報については本研修の実施・運営に係る作業を目的として使用し、それ以外の目的では使用しません。

参加申込人数は定員の都合上、原則「1 法人 1 名」とさせていただきます。但し、定員に空きがある場合に限って、追加の参加を認めさせていただきます。その際は当法人から担当者にご連絡させていただきます。

受講票等はありません。受講不可の場合と上記原則以外の場合のみお電話いたします。

(特に連絡がない場合、「1 法人 1 名のみ参加」「申込 FAX のみで参加可能」となります。)

参加希望人数に偏りがある場合、日程変更のご相談をさせていただく場合があります。

相談支援事業所の職員として働いた経験年数をお書きください(通算でも可、GW の参考とさせていただきます。)