* **送付先　　和歌山県社会福祉士会　事務局 　FAX ０７３-４９９-４５２９**

**『高齢者虐待防止市町村職員研修（応用研修）』　参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先 | ＴＥＬ： | | |
| 出席者氏名 | ふりがな  氏　　名  職種： 社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員・事務職・その他（　　　　　　　　） | 高齢者福祉業務  経験年数  ・1年目  ・（　　　）年目 | 虐待対応経験  ある　 ない |
| ふりがな  氏　　名  職種： 社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員・事務職・その他（　　　　　　　　） | 高齢者福祉業務  経験年数  ・1年目  ・（　　　）年目 | 虐待対応経験  ある　 ない |
| ふりがな  氏　　名  職種： 社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員・事務職・その他（　　　　　　　　） | 高齢者福祉業務  経験年数  ・1年目  ・（　　　）年目 | 虐待対応経験  ある　 ない |
| ふりがな  氏　　名  職種： 社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員・事務職・その他（　　　　　　　　） | 高齢者福祉業務  経験年数  ・1年目  ・（　　　）年目 | 虐待対応経験  ある　 ない |
| 備　考（連絡事項があればご記入下さい） | | | |

* **令和元年 １０月２３日 (水) までに送付をお願いします。**