**平成２９年度愛知県障害者虐待防止・権利擁護研修**

**成年後見制度利用推進研修**

**（障害福祉サービス事業所等設置者・管理者・従事者向け研修）**

**受講申込書**

　下記の必要事項を記載の上、メール又はファックスのいずれかでお申し込みください。

　**先着順で受付を行い、**定員（名古屋会場２00名、岡崎会場2０0名）に達し次第、御参加いただけない方にのみ、電話・ファックスのいずれかの方法で御連絡します。

　　**※特定の地域や事業所の参加者に偏った場合は、調整させていただく場合がありますので、御了承ください。**

**※当課より連絡がなければ、そのまま当日会場までお越しください。**

※お申し込み後、都合により御欠席される場合は、御一報くださいますようお願いいたします。

**申込先　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：shogai@pref.aichi.lg.jp**

**FAX：０５２－９５４－６９２０**

**締切：　平成２９年１２月５日（火）**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  |
| 職種 | 設置者・管理者・サービス管理責任者・従事者・その他（　　　　） |
| 事業所住所 |  |
| 連絡先 | 電話： |
| FAX： |
| 希望会場 | 名古屋会場（名古屋国際会議場）　・　　岡崎会場（西三河総合庁舎）※どちらかに○を付けてください。なお、名古屋会場の定員の都合上、岡崎会場への参加をお願いする場合があります。 |
| 受講にあたり、配慮が必要な方は必要な内容を具体的に記入(例)車椅子を使用 |  |

　※提出いただいた情報は当研修にかかる事務以外には使用しません。