

送信先 : 老人保健施設 星ヶ丘アメニティクラブ 石川将弘 宛  
FAX:052-701-1271

## 平成30年度 支援相談員基礎研修 受講申込書

申込み日:平成 年 月 日

受講か不受講を選択して、該当箇所には○をつけてください。(※3回全て受講の方が優先となります)

	日時	テーマ	受講確認	
第1回	平成30年12月8日(土) 10:00~16:30	支援相談員のポジショニング	受講	・ 不受講
第2回	平成31年1月19日(土) 13:30~16:30	支援相談員の面接技術	受講	・ 不受講
第3回	平成31年2月16日(土) 13:30~16:30	支援相談員の援助技術の 実際 (事例検討)	受講	・ 不受講

フリガナ	
氏名	
所属施設名	
所属施設住所	〒 — —
TEL	— —
FAX	— —
相談援助業務を 始めた年月	平成 年 月より
所属施設の相談援助者数	人
会員所属等	①愛知県医療ソーシャルワーカー協会会員 ②愛知県老人保健施設協会会員施設 ③非会員
その他	ご意見がありましたらご記入下さい。

- ※ 申込は送信票をつけずに「受講申込書」のみ、FAXしてください。不受講の場合は返信不要です。
- ※ 同一施設で複数名受講される場合についても、1人1枚の「受講申込書」の返信にご協力ください。
- ※ 申込受付後、受講者には「受講決定通知」を所属機関宛にFAXにて送付いたします。
- ※ 受講費は、全日程分を初回受付時にお支払いください。受講費支払い後、一部の回で欠席があっても返金できません。
- ※ 定員超過等、受講いただけない場合は個別に連絡させていただきます。

平成30年11月17日(土) 〆切