社会福祉法人めぐはうす　川口 あて

（ kawaguchimeghouse@gmail.com　）

**令和５年度　東京都精神障害者地域移行促進事業　地域移行関係職員に対する研修**

**【北多摩西部・区西南部　申込書】**

**希望する参加枠に○を付けてください。　　　　　　　　　申込日：令和　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **希望日に○** | **研 修 方 法 及 び 日 時** |
| ① |  | **【Ａ日程】　オンデマンド配信＋令和６年２月１３日（火)ライブ配信** |
| ➁ |  | **【Ｂ日程】　オンデマンド配信＋令和６年２月２９日（木）会場開催** |
| ➂ |  | **【オンデマンド配信のみの視聴】　令和６年２月１日（木）～２月２９日（木）配信** |
| ④ |  | **【その他】　希望日程等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**※修了証が必要な場合は、①または➁のどちらかに○を付けてください。またその場合、遅刻早退なく**

**参加していただくとともに、オンデマンド配信もすべて視聴が条件となります。**

|  |  |
| --- | --- |
| **受講希望者****氏名** | ふりがな　 |
| 　※修了証発行を希望される方は必ず戸籍上の氏名をご記入ください |
| **修了証発行の希望（※要選択）** |
| [ ] 希望（生年月日：　　　年　　　　月　　　日）　　　　　[ ] 不要（受講結果通知を交付します）※受講後の修了証発行の希望にはお応えできませんので、修了証が必要となる可能性がある方は「希望」へのチェックをお願いします |
| **所持資格****（複数可）** | [ ] 保健師　[ ] 相談支援専門員　[ ] 精神保健福祉士　[ ] 社会福祉士　[ ] 作業療法士　[ ] 看護師　[ ] 医師　[ ] 介護福祉士　[ ] 介護支援専門員　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **現在の所属****機関とご自身の業務内容** | [ ] 行政機関 [ ] 相談支援事業所 [ ] 精神科病院　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　）＊主な業務内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **受講理由・****知りたい事** |  |
| **その他** | これまで地域移行に関連する活動内容があればご記入下さい。 |
| **所属先****情報** | 事業所名または機関名及び所属部署名 | （法人名）（事業所名または機関名）（所属部署名） |
| 事業所所在地 | 〒東京都 |
| 電話番号 |  | メールアドレス |  |
| FAX番号 |  |
|  |
| **特記事項等** | 受講にあたって配慮すべき事項や、連絡事項があればこちらにご記入下さい。**Zoomを利用して受講される方へ****Zoomを利用して受講される方は、以下の行為を行わないものとします。ご確認の上、最後の同意欄にチェックを入れてお申込み下さい。**１．本研修の動画URL及びミーティング ID等を不正に使用する行為（ID/URLを他者に教える、インターネット・SNS上等へ転載することを含む）２．本研修の録画、録音、配布資料の複製及びインターネット上へのアップロードやSNS等への転載３．講師の知的財産権を侵害する行為、または侵害する恐れのある行為[ ]  **私は、上記事項に同意の上研修に申込みます。**　 |