社会福祉法人めぐはうす　川口 あて

（ [kawaguchimeghouse@gmail.com](mailto: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。** | | | |