

# 【共通講義のみ】 R7三重県虐待防止・権利擁護研修申込フォーム

申込期限 は9月9日(火)17時です。

申込者1名につき必ず1回入力してください。

本フォームは「共通講義のみ」受講を希望する方のお申込みを受付けます。「共通講義&市町及び障害者虐待防止センターコース（市町コース）」「共通講義&障害福祉サービス事業所職員コース（事業所コース）」を希望される方は、別の専用フォームにアクセスしてお申込みください。

\*本フォームに記載した内容の控えは、送信ボタンを押した後、  
入力したメールアドレスに自動送信されます。

メールアドレスに誤りがないか、入力後よくお確かめください。

\*メールアドレスは、受講決定に関する情報を受け取れるものを入力してください。

\*研修の対象者など、本研修の詳細については <https://www.miewel-1.com/training/> を  
ご覧ください。

\*お問合せTEL : 059-213-0533

\* 必須の質問です

1. メールアドレス \*

\_\_\_\_\_

2. 「共通講義のみ」を申込みすることにお間違いありませんか？ \*

「共通講義&市町コース」、「共通講義&事業所コース」の受講を希望される方は、本  
フォームから申込まないでください。

1 つだけマークしてください。

☐ 「共通講義のみ」受講を希望します。

3. 法人・事業所等の長（所属長）の承認を得て、研修をお申込みください。 \*

1 つだけマークしてください。

☐ 所属長の承認に基づき研修を申し込みます。

受講希望者の情報

## 4。 氏名（漢字） \*

姓と名の間には全角スペースを入力してください。（例）三重 花子

---

## 5。 氏名（全角カタカナ） \*

姓と名の間には全角スペースを入力してください。（例）ミエ ハナコ

---

## 6。 本人連絡先（半角、-（半角ハイフン）あり） \*

携帯電話など、本人の連絡先を入力してください。半角、-（半角ハイフン）ありで入力してください。（例）090-213-0533

---

## お勤め先の情報

## 7。 お勤め先の法人名 \*

---

## 8。 お勤め先の事業所名または所属名 \*

---

## 9。 申込担当者氏名 \*

申込担当者とは、事務局からの問合せに対応していただける方です。

---

10。 申込担当者の電話番号（半角、-（半角ハイフン）あり） \*  
（例）059-213-0533

---

## 11. お勤め先の事業種別 \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 障害福祉サービス事業所等
- ☐ 相談支援事業所
- ☐ 市町職員（障がい福祉担当）
- ☐ 障害者虐待防止センター
- ☐ 医療機関
- ☐ 学校
- ☐ 保育園・幼稚園
- ☐ 放課後児童クラブ
- ☐ その他: \_\_\_\_\_

## 12. 受講者の職種 \*

（例）教員、生活支援員、管理者 など。

\_\_\_\_\_

## 13. 受講者の経験年数 \*

「お勤め先の事業種別」で選択した業種での経験年数の通算をお答えください。（研修内容の参考にさせていただくためにお伺いしており、厳密にお答えいただく必要はありません）

1 つだけマークしてください。

- ☐ 1年未満
- ☐ 1年以上～3年未満
- ☐ 3年以上～5年未満
- ☐ 5年以上～10年未満
- ☐ 10年以上～

## 共通講義への申込に関して

共通講義はオンデマンド配信による受講です。

- 14。 本研修はすべてオンデマンド配信で行います。オンライン受講環境の準備可 \*  
能ですか。

詳しくは開催要項、別紙2をご確認ください。

1 つだけマークしてください。

☐ オンライン研修を受講可能な環境がある。

- 15。 その他、特記事項が必要なことがあればご記入ください。

---

---

---

---

---

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム