

# 「障害者虐待と権利擁護」受講申込書

申込先 このはの家（担当 蓮沼）：FAX 03-6850-3019

締切：平成24年9月14日（金）

フリガナ：		性別： 男 ・ 女	
氏名：		年齢： 歳	
所属先住所：		年齢： 歳	
所属名／事業名：		精神保健福祉領域での経験数 年	
電話番号		FAX	
所属種別 (いずれかに○)	1.地域活動支援センター（旧地域生活支援センター含む） 2.作業所 3.精神科病院/精神科クリニック 4.保健センター/保健所 5.福祉事務所 6.障害福祉主管課 7.その他（ ）		
職 種 (いずれかに○)	1.ソーシャルワーカー（精神保健福祉士・社会福祉士を含む） 2.保健師 3.看護師 4.作業療法士 5.心理士 6.理学療法士 7.医師 8.行政職 8.介護福祉士 9.その他（ ）		
※障害者虐待に関する疑問等があればご記入ください。			
※頂いた情報は研修のグループ分けの際に活用させていただきます。			

## 《お問い合わせ先》

精神障害者地域生活支援とうきょう会議 研修係

TEL：（ 03 ） 6850-3019

FAX：（ 03 ） 6850-3019

※研修当日は（ 080 ） 4338-2735にお問い合わせください。