**―平成27年度　北九州市障害者虐待防止啓発研修―**

**受講申込書**

障害者基幹相談支援センター宛　　**FAX：８６１－３０９５**

標記研修を受講したいので申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属など | □　行政職員  □　相談支援事業所  □　障害福祉サービス事業所  □　弁護士等の司法関係機関  □　医療機関  □　教育機関  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ふりがな |  | | 性  別 | | □　男　　□　女 |
| 氏　　名 |  | |
| ふりがな |  | |  | （役職･職種） | |
| 所 属 先 |  | | | | |
| 連 絡 先 | 〒　　　－  北九州市  ＴＥＬ（　　　）　　　－　　　　　ＦＡＸ（　　　）　　　－  ※緊急連絡先（自宅・携帯）　（　　　　）　　　　　－ | | | | |
| そ の 他 | ～これまで、「権利侵害や虐待にあたるのでは」と感じたことがありましたか？その時に行った対応などがあれば記載してください。またご意見、ご質問などあれば、お書きください～ | | | | |
| 情報保障（手話、要約筆記等）や介助が必要な方はお知らせください。 | | 手話・要約筆記・  その他介助等（　　　　　　　　） | | | |

※「記載」または「レ点」を記入してください。

※　定員を超えた場合、調整をさせて頂くことがありますので予めご了承ください。

　　参加が難しい場合のみ、事務局よりご連絡をさせていただきます。

**※　なお、いただいた情報は、この研修のみでの取り扱いとさせて頂きます。**