**千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修受講推薦書**　　　　　　（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
| 【施設・事業所等所在地】〒      【種　別】　 特養・老健・指定介護療養型・短期入所生活介護・短期入所療養介護・  （○を付すこと）　認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護  　　　　　　　　　養護・軽費・有料  介護・ﾘﾊﾋﾞﾘ・地域密着・認知症・小規模居宅・複合型・包括支援・その他    【施設・事業所名】  【施設・事業所長名】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  【電話番号】 【FAX 番号】 |

【施設・事業所としての高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修の申込み状況等】

|  |  |
| --- | --- |
|  | 受講者終了現員数 |
| 基礎課程 | 人 |
| 専門課程 | 人 |
| 管理者課程 | 人 |

千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修の受講希望者を、次のとおり推薦します。

１　基礎課程

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　　　名  （生年月日） | 職　　種 | 身体介護に関する資格等の有無（有・無に○を付す）※１ | 身体介護業務の通算経験年数※２ | 備 考 |
| （　　　　　　　　）    　昭和  　　　　　年　月　日  　 平成 |  | 有( 　　 )    無 | 年 |  |

２　専門課程

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　　　名  （生年月日） | 職　種 | 基礎課程  修了年度 | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※１ | 現職経験年数  …………  身体介護業務の通  経験年数※２ | 備 考 |
| （　　　　　　　 　）    昭和  　　　　年　月　日  平成 |  | 平成 年度  修了証番号  （　　　　） | 有( 　 )    無 | 年  ………… |  |

３　管理者課程

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏　　　　名  （生年月日） | 職　種 | 過去の受講履歴 | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※１ | 現職経験年数  …………  身体介護業務の通算経験年数 ※２ | 備 考 |
| （　　　　　　　 　）    昭和  　　　　年　月　日  平成 |  | 課程  （　　　　年）  　　　　　課程  （　　　　年） | 有( 　 )    無 | 年  ………… |  |

※１　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，〇〇研修受講等）を記載する。

※２　経験年数は，当該年度の４月１日現在とし，１年未満は切り捨てとする。

|  |
| --- |
| 施設・事業所における身体拘束廃止に対する取り組み等をご記入ください。 |