**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**

**【申込書】南多摩圏域**

**申込日　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〆切日：令和５年10月27日（金）18：00　メール・FAX必着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講日に○** | | **日時** | **研修方法** |
| A |  | 【必須】オンデマンド配信形式 | 令和５年11月7日（火）～28日（火） |
| B-１ |  | 【選択】集合形式・初任者対象 | 令和５年11月16日（木） |
| B-2 |  | 【選択】集合形式・中堅者対象 | 令和５年12月７日（木） |

＊修了証が必要な場合はA【必須】と、B【選択】に〇をつけて下さい。

＊修了証が必要な場合はA、B両日程を遅刻早退なく全日参加する必要があります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講希望者**  **氏名** | ふりがな | | | |
|  | | | |
| **修了証発行の希望（※要選択）** | | | |
| 修了証希望（生年月日：　　　年　　　　月　　　日）　　受講結果通知のみ希望　　 不要  **※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・経験年数** | 行政機関 相談支援事業所 精神科病院　 高齢者福祉　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊主な業務内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐精神障害者の支援に従事して５年以上　　☐　精神障害者の支援に従事して５年未満 | | | |
| **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。 | | | |

＊修了証を必要としない場合は希望するプログラムのみの参加が可能です。

**オンデマンド配信で受講される方は以下の行為を行わないものとします。**

**同意欄にチェックを入れてお申込ください。**

１．本研修のオンデマンド等 URLを不正に使用する行為（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。**

**※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**