**自立支援介護WEB研修会2024年【参加申込書】**

**（一社）日本自立支援介護・パワーリハ学会　事務局宛**

[**info@jsfrc-powerreha.com**](mailto:info@jsfrc-powerreha.com)

必要事項をご記入の上、上記にメールください。後日連絡させて頂きます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名  施設名 | ふりがな； | | | | | |
|  | | | | | |
| 会員番号 |  | | | | | |
| 介護保険サービス  事業種別 | 特養　老健 療養病床　有料法人ホーム　グループホーム　サ高住  デイサービス　デイケア　訪問介護　居宅介護支援事業所　その他( | | | | | |
| 介護保険サービス外 | クリニック　歯科医院　養成校　企業　その他（　） | | | | | |
| 連絡先 | 〒 | | | | | |
| TEL |  | | FAX | |  | |
| Email |  | | | | | |
| ZOOM招待メール | 上記と異なる場合はご記入ください。 | | | | | |
| ふりがな | |  | | 役職 | |  |
| 担当者 | |  | |
| WEB研修 | ふりがな |  | | 役職 | |  |
| コアメンバー氏名 |  | |
| ふりがな |  | | 役職 | |  |
| コアメンバー氏名 |  | |
| 相談員の  ための  セミナ― | ふりがな |  | | 役職 | |  |
| 相談員氏名 |  | |
| ふりがな |  | | 役職 | |  |
| 相談員氏名 |  | |
| 1回の参加人数 | 名 | ※ビデオ会議システムに使用する機材（カメラ・マイク・ネット環境等）各自でご用意ください。 | | | | |

**【　】**研修受講費（年間12回分）学会会員：１００，０００円

**【　】**相談員のためのセミナー：４０，０００円

* 研修受講費は1事業所の料金となります。（施設種別が異なる場合は2事業所扱い）

例：特養・併設のデイサービスで参加する場合は2事業所扱いになります。

* 相談員のためのセミナーは、自立支援介護WEB研修会を受講する施設が対象です。
* お問い合せ：一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会　事務局

Email：[info@jsfrc-powerreha.com](mailto:info@jsfrc-powerreha.com)(お問い合せの返信は、数日かかる場合があります)