**令和6年度 難病患者コミュニケーション支援研修 申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 記　入　欄 | | | | |
| 対象種別  該当の番号欄に〇をつけてください |  | ①難病医療協力病院の看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等 | | | |
|  | ②訪問看護事業所の看護師や理学療法士、訪問介護事業所の介護士等、  訪問による難病患者への支援に携わる者 | | | |
|  | ③相談支援専門員やケアマネージャー等、難病患者の支援調整に関わる者 | | | |
|  | ④市町村役場の障害福祉関係課職員や保健師 | | | |
|  | ⑤保健所保健師 | | | |
| ふ　り　が　な |  | | | | ☐男　　　☐女 |
| 申込者氏名 |  | | | |
| 緊急連絡先 |  | | | **必ず受講者個人に連絡が取れる番号を**  **記載してください。** | |
| 職種 | (例：看護師、保健師、理学療法士、介護福祉士…等) | | | | |
| ふ り が な |  | | | | |
| 所属事業所名 |  | | | | |
| 事業所住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | (FAX番号) | |
| 今まで、難病患者のコミュニケーション支援を  実施したことがありますか | | |  | ある | |
|  | ない | |
|  | 分からない | |
|  |  | | | | |
| **申込締切日** | **令和 ６年１２月　6日（金）〆** | | | | |

　　<個人情報の取扱について>　難病患者コミュニケーション支援研修への研修参加手続きの際にお聞きした個人情報は、受講に関する

連絡や、講師との協議に利用するとともに、受講後の県からの案内のため岐阜県へ提供します。

　下記まで郵送またはメールに添付しお送りください。

**【送 付 / 問 合 せ 先】**

〒500-8879　　岐阜市徹明通4丁目4番地 和光会岐阜ビル 5階

和光会キャリアカレッジ　宛

(TEL)　058-201-2655（法人管理本部育成研修課内）

(E-mail)　[kenshu@wakokai.or.jp](mailto:kenshu@wakokai.or.jp)