

【法定研修】 令和7年度 短期専門講習⑩

介護・福祉・医療の各分野に従事されている皆様！

# 利用者の権利擁護とは何か

～意思決定支援と後見人等との関わりについて～

## 【日時】

令和7年11月12日(水)  
13:30～16:00(2.5H)

## 【受講料】

一般:3,500円  
賛助:3,000円

## 【場所】

いわて県民情報交流センター アイーナ  
(盛岡市盛岡駅西通1-7-1)

## 【定員】

30名



講師

高橋 勝 氏  
認定社会福祉士

権利擁護とは...  
介護・福祉で重要な意味を  
学ぼう！

利用者様の権利を守る為の  
チームアプローチ！



お問合せ先



公益財団法人 介護労働安定センター岩手支部

〒020-0871 盛岡市中ノ橋通1丁目4-22 中ノ橋106ビル 4F

☎ 019-652-9036



019-652-9037

Email: iwate03kaigo@kaigo-center.or.jp



FAX  
019-652-9037

『利用者の権利擁護とは何か』  
～意思決定支援と後見人等との関わりについて～

申込書

【受講料】一般：3,500円 賛助会員：3,000円（消費税込）

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |              |                         |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|-------------------------|
| 申込者                                                  | 事業所（研修ご担当者名）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 個人  | 受付<br>番<br>号 | ※こちらは支部にて<br>記載しま<br>す。 |
| 受講<br>希望者                                            | フリガナ<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 役職名 |              |                         |
| 所有資格                                                 | ※該当するものに☐をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー（ 級） <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 基礎研修<br><input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                             |     |              |                         |
| 事業所                                                  | 法人名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |              |                         |
|                                                      | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |              |                         |
|                                                      | 住所 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | TEL<br>FAX   |                         |
|                                                      | E-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |              |                         |
| 主な事業                                                 | ※該当するものに☐をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ） |     |              |                         |
| 賛助会員の確認欄                                             | ※該当する方を○で囲んでください。 賛助会員 ・ 非会員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |              |                         |
| 「請求書兼払込取扱票」<br>及び「受講決定通知書」<br>(受付票)等 送付先<br>(勤務先・自宅) | 宛名<br>住所〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | TEL<br>FAX   |                         |
| 受講料のお振込み方法                                           | ※複数の講習をお申込みの場合、該当する方を○で 囲んでください。<br>一括振込 ・ 各講習ごと振込 （※都度のお振込み手数料をご負担いただきます。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |              |                         |
| 【特定商取引法改正に伴う有料<br>講習広告送信の承諾について】                     | 今後開催予定の有料講習・セミナーの募集チラシの送信の承諾に関して、いずれかにチェックをお願いします。<br><input type="checkbox"/> メール送信を承諾する <input type="checkbox"/> FAX送信を承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |              |                         |

【お申し込みの手順】

【手順1】 WEB、またはFAXでの受講申込

・WEBによる場合  
表面のURL、または右の二次元コードを読み込みお申し込みください。

→



セミナー申込

岩手支部ホームページ

・FAXによる場合

受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXでお申込み下さい。【FAX 019-652-9037】

【手順2】 請求書兼払込票の送付/受講料のお振込み

- ・受講申込後、「請求書兼払込取扱票」及び「受講決定通知書」(受付票)等送付先※に「請求書兼払込取扱票」が郵送されます。
- ・請求書記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。
- ・開催日の2週間前までに「請求書兼払込取扱票」が届かない場合は、必ずご連絡下さい。

◆留意事項◆

- ①振込手数料はお振込み人様の負担とさせていただきます。
  - ②領収書は振込受領証をもってかえさせていただきます。
  - ③講習をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡下さい。なお、お申込者様の都合によるキャンセルの場合は振込手数料を差し引いてのご返金となります。
  - ④お振込み頂いた受講料は、開講決定（開催日から起算して14日前）日以降は、原則として返金致しませんので予めご承知下さい。
- ※当センターの都合で開催を中止をする場合は、電話等で申込者様にご連絡の上、お振込み金額を返金いたします。  
(この場合の振込手数料は当センターが負担致します。)

【手順3】 受講受付の完了

- ・お振込みが確認できた時点で「受講申込」が完了となります。『受講決定通知書』をE-mailまたはFAXにて送付いたしますので、ご確認ください。

◎受講者の個人情報、当該講座に関する通知書等の送付及び講座の実施に関する連絡、講座受講の本人確認、新規講座等のご案内送付の範囲で使用させていただきます。ご提供頂いた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し上記以外には使用いたしません。