**平成２６年度東京都障害者虐待防止・権利擁護研修（従事者コース）**

**研修実施報告書**

事業所（又は法人）名　　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所（又は法人）代表者氏名　　＿＿＿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

研修担当者　　（受講決定番号）J＿＿＿＿＿　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**Ⅰ　実施日時**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 実施時間 | （受講人数） |
| 1. 平成　　年　　月　　日 | 時　　分から　　時　　分まで | 名 |
| 1. 平成　　年　　月　　日 | 時　　分から　　時　　分まで | 名 |
| 1. 平成　　年　　月　　日 | 時　　分から　　時　　分まで | 名 |
| 1. 平成　　年　　月　　日 | 時　　分から　　時　　分まで | 名 |

**Ⅱ　研修規模**

1. **実施規模**

* 法人内傘下の事業所職員に周知して実施（法人規模で実施）
* 事業所内職員に実施（事業所規模で実施）
* その他（　　　　　　　　　　）

**Ⅲ　実施内容**

|  |
| --- |
| 1. 貴法人（事業所等）内における研修の重点テーマ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※裏面に続く）

|  |
| --- |
| 1. 具体的な研修内容（※カリキュラム等も添付もすること） |

|  |
| --- |
| 1. 研修の実施にあたって、工夫した点や苦労した点   （例）貴法人（事業所等）内で都の研修に独自に加えた内容など |

|  |
| --- |
| 1. 研修実施の前後で、変化したこと   （例）日常業務における職員の虐待防止への意識や、利用者との関わり方等 |

|  |
| --- |
| 1. 今回の研修をきっかけに、今後貴法人（事業所）で新たに取組んでいく事項 |

【提出期限】**平成27年3月20日（金）**

【提出先】〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1

福祉保健局障害者施策推進部計画課支援係　研修担当宛て（※郵送のみ受付）

**※FAXやメールでの提出は受付できませんのでご注意ください。**

**※必ず事業所（又は法人）代表者の確認・押印をお願いします。**