

平成27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 _____ 印

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
② 平成 年 月 日	時 分から 時 分まで	名
③ 平成 年 月 日	時 分から 時 分まで	名
④ 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）

② 具体的な研修内容（※カリキュラム等も添付もすること）

③ 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

④ 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

⑤ 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28年3月22日（火）必着

【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。