**令和５年度神奈川県障害者虐待防止・権利擁護研修**

障害者福祉施設等管理者・設置者コース修了者

障害者虐待防止マネージャーコース修了者

**研修実施報告書**

法人名

法人代表者氏名

事業所・施設名

修了したコース　※修了証に記載されたコース（カッコ内）を御確認ください。

□ 障害者福祉施設等管理者・設置者コース修了者

□ 障害者虐待防止マネージャーコース修了者

受講番号　　　　　　　　　研修修了者氏名

Ⅰ　実施日時　(書き切れない場合は別表に記入)

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

Ⅱ　研修規模

* 事業所の職員に対し実施（事業所内で実施）
* 法人内の他事業所にも周知して実施（法人内で実施）
* 近隣事業所、地域関係機関にも周知して実施（地域で実施）
* その他（　　　　　　　　　　）

（※裏面に続く）

Ⅲ　実施内容

|  |
| --- |
| 1. 研修の重点テーマ |

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

|  |
| --- |
| 1. 研修実施にあたり、工夫した点や苦労した点 |

|  |
| --- |
| 1. 研修実施の前後で、職員及び組織の中で変化したこと |

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

【提出期限】**令和６年３月28日（木）必着**

【提 出 先】〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通１

神奈川県　福祉子どもみらい局　福祉部

障害福祉課　調整グループ 宛

**※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。**