**令和５年度栃木県障害者虐待防止・権利擁護研修(障害者福祉施設等従事者研修コース）**

**職場内研修実施報告書**

法人（又は事業所）名

代表者氏名

**１　実施日時**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

※行が不足する場合は適宜、追加してください。

**２ 研修担当者　（職氏名）**

**３ 虐待防止責任者　（職氏名）**

**４ 研修の実施内容**

**(1) 研修を実施した範囲（あてはまる番号に○をつけてください。）**

①　法人内の全事業所職員に周知して実施（法人全体で実施）

②　事業所内職員に実施（事業所全体で実施）

③　他法人等の事業所と共同で実施

④　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**(2) 実施内容**

|  |
| --- |
| ア　具体的な研修内容（もしカリキュラム一覧等、参考となる資料があれば添付してください。） |

|  |
| --- |
| イ　研修の実施にあたって、県の研修に独自に追加した内容がありましたら御記入ください。 |

**５ 虐待防止委員会及び身体拘束等の適正化の推進**

**（今後の業務の参考のため、令和５年度中の下記の取組内容について記載をお願いします。）**

|  |
| --- |
| ア　虐待防止委員会の開催内容について（テーマや委員の構成、会議の結果 等） |

|  |
| --- |
| イ　身体拘束等の適正化のための取組について（指針の整備や研修の実施 等） |

|  |
| --- |
| ウ　その他（課題・不明な点 等） |

**【提出期限】令和６年７月３１日（水）**

**【提出先】〒３２０-８５０１　栃木県宇都宮市塙田１－１－２０**

**栃木県保健福祉部障害福祉課　福祉サービス事業担当**

**ＦＡＸ：０２８－６２３－３０５２**

**※郵送又はＦＡＸで提出をお願いします。**