一般社団法人　長崎県知的障がい者福祉協会

**平成３０年度長崎県強度行動障害支援者養成研修（③基礎研修）　受講者申込書**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| サービス種別 |  |
| 事業所住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：  FAX：  ※個人でお申込みの場合は、自宅の住所をご記入ください。 |
| 担当者名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所における受講者順位  （複数の受講希望者がいる場合） | | | 位／ 　　人中 | |
| フリガナ |  | | 性 別 | 男　　・　　女 |
| 氏 名 |  | | 生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　　 年　　 月　　 日 |
| 連絡先 | ※携帯電話 | | | |
| 職　　種 |  | | | |
| 実務経験 | 通算　　　　　年　　　　　　か月　（平成３０年１０月３１日時点）  ※障害者福祉に関わる実務経験をご記入ください。 | | | |
| 事業所における支援の有無 | **※** | いずれかの数字に〇をしてください | | |
| **①** | 現在、行動障害のある人の支援をしている | | |
| **②** | 現在、行動障害のある人の支援をしていないが、今後支援する可能性がある | | |
| **③** | 現在、行動障害のある人の支援をしておらず、今後支援する可能性については判断できない。 | | |
| 備　　考 | 研修の受講にあたって配慮が必要なことがありましたら、ご記入ください。 | | | |