

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○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。		