

## 平成 30 年度 強度行動障害支援者フォローアップ研修受講申込書

|          |   |     |  |
|----------|---|-----|--|
| 法人名      |   |     |  |
| 事業所名     |   |     |  |
| サービス種別   |   |     |  |
| 事業所住所    | 〒 | TEL |  |
|          |   | FAX |  |
| Eメールアドレス |   |     |  |
| 担当者名     |   |     |  |

|                                 |                                                                                                                                     |      |                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------|
| 事業所における受講者順位<br>(複数の受講希望者がいる場合) | 位 / 人中                                                                                                                              |      |                                                             |
| ふりがな                            |                                                                                                                                     | 性別   | 昭和・平成      年    月    日<br>(      歳)<br>(平成 31 年 1 月 31 日時点) |
| 受講者氏名                           |                                                                                                                                     | 生年月日 |                                                             |
| 職      種                        |                                                                                                                                     |      |                                                             |
| 実 務 経 験                         | 通算_____年_____か月 (平成 31 年 1 月 31 日時点)<br>※障害者福祉に関わる実務経験をご記入ください。                                                                     |      |                                                             |
| 基礎研修修了<br>年月日                   | 平成                                                                                                                                  | 年    | 月    日                                                      |
| 実践研修修了<br>年月日                   | 平成                                                                                                                                  | 年    | 月    日                                                      |
| 事業所における支<br>援の有無                | ※いずれかの数字に○をしてください。<br>①現在、行動障害のある人の支援をしている<br>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<br>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<br>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。                                                                                                  |      |                                                             |

※欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーして記載してください。