★送付先★　FAX　**095-842-7008**　（※送付状は不要です）

**申込締切：令和元年9月6日（金）**

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）申込書

令和元年　　　月　　　日

　標記研修の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

**（申込者）**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名称 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：FAX： |
| 担当者氏名 |  |

**（推薦する受講者）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性 別 | 男　　・　　女 |
| 氏 名 |  | 生年月日 | Ｓ ・ Ｈ　　 年　　 月　　 日 |
| 役職・職種 | （例：生活支援員） |
| 障害福祉経験年数 | 　　　年　　　ヶ月 | 法人における受講優先順位 | 　　　　位 |
| 現勤務先 | 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| サービス種別 | □生活介護　　　□地域生活（知的・精神）　　　□就労A型　　　□就労B型□就労移行　　　□児童　　　　□その他 |
| 受講日の希望に〇をつけてください | 第一希望 | 　　　10月24・25日　　　　12月18・19日 |
| 第二希望 | 　　　10月24・25日　　　　12月18・19日 |
| どちらでも良い　　　　　　　第一希望のみ |
| 事業所における支援の有無 |  | 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 |
| 基礎研修修了年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（見込含む） |
| 書類送付先 | 法人　　　　　　　　　事業所 |
| 備　　考 | 受講に関して、配慮して欲しい事項などあればご記入ください。 |