

★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 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	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 地域生活(知的・精神) <input type="checkbox"/> 就労A型 <input type="checkbox"/> 就労B型 <input type="checkbox"/> 就労移行 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他		
受講日の希望に ○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。		