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

**申込締切：令和元年10月11日（金）**

障がい児者支援施設職員中堅研修申込書

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 |
| 会員団体に〇をつけて下さい | **１** | 長崎県知的障がい者福祉協会 |
| **２** | 長崎県精神障害者福祉協会 |
| **３** | 長崎県身体障害者施設協議会 |
| **４** | 非会員 |
| 情報交換会の参加 | 参加する　　　　　　　　　　参加しない |
| 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。 |