

★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 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		
会員団体に ○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。		