

令和元年度 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 (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 (歳) (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) ※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 年月日	平成	年	月 日
実践研修修了 年月日	平成	年	月 日
事業所における支 援の有無	※いずれかの数字に○をしてください。 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		
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。