

【島根県福祉人材センター行 FAX : 0852 - 32-5956 】 ※添書不要 担当 : 西原

**平成30年度 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)受講申込書**  
 (平成30年度 重度訪問介護従業者養成研修(行動障害支援課程))

※記入の際は楷書でご記入ください。

<b>参加会場</b> ※参加する会場を ○してください		浜田会場		松江会場	
ふりがな		性別	生年月日		
申込者氏名		男 ・ 女	昭和 平成 年 月 日生		
			職名・職種 ( )		
現勤務先 (修了証書送付先)	法人名				
	事業所名	事業所サービス種別 ( )			
		申込担当者名 :			
	所在地等	〒  緊急連絡先 電話 : ( ) - FAX : ( ) -			
テキストについて	テキスト購入を希望しない方は○印を記入してください。 ※研修中は必ずテキストを使用します。		購入希望しない		
知的障がい・または精神障がいのある方への直接支援業務従事期間	年 月 ※現勤務先以外にも経験があればトータルの年数を記入してください。 〔上記期間のうち強度行動障がい児者への支援期間 年 月 〕				
研修受講にあたって配慮すべき事項があればご記入ください。	1. 車椅子席の用意      2. 同行介助者席の用意(本人と隣の席である必要 有・無) 3. 手話通訳              4. その他				
備考					