

申込締切 7月30日(月)

【島根県福祉人材センター行 FAX：0852 -32-5956】 添書は不要ですのでこのまま FAX してください。

平成 30 年度 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講申込書

※記入の際は楷書でご記入ください。

ふりがな		性別	生年月日
申込者氏名		男	昭和 平成 年 月 日
職名・職種 ()		女	
現勤務先 (修了証書送付先)	法人名		
	事業所等名		
		サービス種別 ()	
	所在地等	申込担当者名： 〒	
		電話： () -	FAX： () -
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 〕	
強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）の修了年月日		修了年月日：平成 年 月 日（平成 年度研修） 都道府県： ※修了証書の写しを添付してください。今年度島根県の基礎研修を修了された方は添付不要です。	
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			

※受講申込書に記載された個人情報、本研修及び名簿登録以外の目的に使用しません。