

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

2019年度 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)受講申込書 (2019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。

参加会場 ※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		職名・職種 ()		男 ・ 女	昭和	
					平成	年 月 日生
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						