

申込締切 8月9日(金)

【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。

令和元年度 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講申込書

※ご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	〒				
	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 (申込年月日時点)	年 月 日 ※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 日〕					
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。