

令和3年度

強度行動障害支援者養成研修(基礎課程)受講申込書

申込日 年 月 日

希望会場	松江	浜田	
ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
職名・職種			
書類送付先	法人名	※省略せずにご記入ください。例：社会福祉法人〇〇〇会	
	事業所名		
	事業所サービス種別		
	申込担当者		
	事業所所在地	〒	
	TEL		
	FAX	(緊急連絡はこちらへ一斉送信します)	
知的障がい又は精神障がいの ある方への直接支援従事期間	年 月	(前職で経験があれば、それも含めたトータル経験年数)	
上記のうち、強度行動 障がい児者への支援期間	年 月		
受講決定の優先順位 (同一事業所から複数申込の場合)	名	位	
受講にあたっての配慮事項			
(参考図書) 強度行動障害のある人の「暮らし」を支える ～強度行動障害支援者養成研修(基礎研修・実践研修)テキスト～ B5判 358P 2020.11 中央法規出版発行 3520円 (テキストではありません)	購入希望 する ・ しない (受講決定時に発注書を同封します。お急ぎの方・ 受講に関わらず希望される方は別途ご連絡下さい。)		

※頂いた個人情報には本研修実施のためのみに使用し、島根県社会福祉協議会の個人情報保護規定に基づき管理します。