

「強度行動障害支援者養成研修」申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	性別
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒			
電話番号	自宅:			携帯:
受講希望研修	<input type="checkbox"/> 基礎研修と実践研修の両方 <input type="checkbox"/> 基礎研修のみ <input type="checkbox"/> 実践研修のみ ※基礎研修修了が条件です。			
テキスト購入の有無	有 ・ 無	研修受講における特別な配慮の有無	有 ・ 無	

以下、福祉施設・事業所に従事している受講者をご記入お願い致します。

法人名			参加者職名			
施設名			施設 事業所所在地	〒		
施設・事業所名						
連絡先	電話:					
	FAX:					
現職経験年数	年 ヶ月 (うち強度行動障害を有する者の支援についている期間)		年 ヶ月			
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()					
事業所における強度行動障害を有する利用者の有無	有 ・ 無					

受講を希望される方は必要事項を記入のうえ、郵送またはFAXでお送りください。

<お申込み先>
 社会福祉法人 昴 事務局
 〒355-0008 埼玉県東松山市大谷590
Mail: subaru@subaru-swc.com **FAX: 0493-39-1248**

<お問合せ先>
 社会福祉法人 昴 強度行動障害支援者養成研修担当(五十嵐・岡田)
 TEL: 0493-39-1131