

社会福祉法人 三気の会  
 平成 29 年度 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）  
 受講申込書

FAX	096-293-8101 送付状不要
郵送	〒869-1217 熊本県菊池郡大津町森 54-2 三気の里

氏名（ふりがな）	( )		
生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
法人名			
事業所名			
事業所住所	〒		
事業所連絡先	TEL		FAX
事業所種別	居宅介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、就労移行、就労継続A型、就労継続B型、グループホーム、相談支援、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設、その他 ( )		
実務経験年数	(通算) 年 ヶ月 (平成 29 年 11 月現在)		
現在の職種			
利用者状況	強度行動障害対象者 名 (強度行動障害判定基準表 参照)		
支援の困り事 (任意)			

※事務局記入欄	NO.	受付日 月 日	受講 可 ・ 否
---------	-----	---------	----------