社会福祉法人　三気の会

平成30年度　強度行動障害支援者養成研修（実践研修）

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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 優先順位 | （同一運営主体において複数人申し込む場合のみ） |
| 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | S・H　　　年　 　月　 　日（　　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 運営主体名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 | 〒 |
| 事業所連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 所属の事業所種別 | 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31年1月現在） |
| 現在の職種 |  |
| 支援の困り事（あればで可） |  |

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