

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
---------	-----	-----	---	---	----------