

社会福祉法人 三気の会  
 令和4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 |

|                   |  |    |                |
|-------------------|--|----|----------------|
| 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 (令和4年10月現在) |
| 現在の職種             |  |    |                |
| 支援の困り事<br>(あればで可) |  |    |                |

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