

# 平成29年度 障害福祉人材育成研修 受講申込みチェック票

(複数受講を希望される場合は、それぞれの研修申込みにつけてください。)

## 【記入例①】

本受付No. — 氏名 鹿児島 太郎  
↑ ここは記入しないでください

↓ 受講を希望する研修に○をつけてください。(いずれかの研修を一つ選んでください)

強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)(3)

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)(4)

送付前に、同封書類に○をつけてください

↓ ここは記入しないでください

### <提出前の確認項目>

- 1 申込みチェック票
- 2 研修申込書
- 3 過去の証明書  
(基礎研修の修了証書)  
※実践研修受講される方のみ
- 4 返信用封筒(角形2号以上) } 1部  
返信用切手(140円)
- 5 その他( )

送付内容物	日付とチェック担当者
日付 → 6/20	
チェックされた方 → 鹿児島	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	

基礎研修と実践研修の両方の研修を受講申込みする場合は、このチェック票をそれぞれの研修申込書につけてください。  
 なお、返信用封筒は、基礎研修と実践研修それぞれ1部必要になります。

# 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【記入例①】

平成29年度 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）について、下記のとおり受講を申し込みます。

平成29年 〇月〇〇日

フリガナ 受講者氏名	カゴシマ タロウ	生年 月日	昭和	55年 6月 1日
	鹿児島 太郎		平成	
		性別	男	女
受講希望日 (一つ選択)	A日程 【H29.9.14(木)～9.15(金)】	B日程 【H29.10.17(火)～10.18(水)】		
法人名	社会福祉法人 ○○○会	印	法人印又は事業所印の いずれかを捺印する	
事業所名	障害者支援施設△△△	印		
事業所種別 ※該当するもの に○	居宅介護、重度訪問介護、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、GH、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（ ）			
事業所 所在地	(〒123-4567) 住所 鹿児島市〇丁目〇〇〇 TEL : 099-123-xxxx FAX : 099-123-xxxx [(申込担当者 : ○田 ○○子 ) (連絡先 : 099-123-xxxx )]			
現在の職種	生活支援員	勤務年数	6年	
行動援護従業者養成研修の修了の有無		強度行動障害を有する者を支援対象にした業務に		
有 (H 年度修了) ・ 無		従事している ・ 今後従事する予定		
備考 (座席の配慮やサポートが必要な場合、その他事務局にご連絡のある方は、具体的にご記入ください) (内部障害をお持ちの方や妊婦の方もご記入ください)				
※平成29年度 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の受講申込み 有無 (必ず記入してください)		同一事業所より複数名お申し込みの場合、 受講優先順位についてご記入ください		
( 受講申込みあり )		受講申込みなし)		1