

平成30年度 障害福祉人材育成研修 受講申込みチェック票

【記入例】

本受付No.

—

氏名

鹿児島 福子

↑ ここは記入しないでください

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

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

<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

(過去の基礎研修の修了証書)

※過去に基礎研修受講済みの方で実践研修を申込みされる方

4 返信用封筒(角形2号以上) } 1部
返信用切手(140円)

※返信用封筒には必ず宛先氏名を記入してください。

5 その他()

平成30年度 鹿児島県強度行動障害支援者養成研修
【基礎研修・実践研修】 受講申込書 【記入例】

受講者が複数の場合の優先順位(事業所単位)	1
-----------------------	---

法人名	社会福祉法人〇〇〇会	法人もしくは事業所の代表印
事業所名	障害者支援施設△△△	
代表者名	施設長 福祉 太郎	

平成30年6月〇〇日

フリガナ	カゴシマ フクコ		生年月日		
受講者氏名	鹿児島 福子		昭和 平成 42年 7月 1日	性別	男・女
受講希望研修(○をつける)	基礎研修 ※基礎研修のみの申込でも可		実践研修 ※基礎研修受講済か、基礎研修申込中の方		
受講希望日(基礎・実践一つ選択)	A日程 【9.11(火)~9.12(水)】	B日程 【10.4(木)~10.5(金)】	C日程 【10.18(木)~10.19(金)】	D日程 【11.20(火)~11.21(水)】	
法人名	社会福祉法人 〇〇〇会		申込担当者	山田 〇〇子	
事業所名	障害者支援施設△△△		連絡先	TEL : (099-123-〇〇〇〇) FAX : (099-123-〇〇〇〇)	
受講者の職名	生活支援員		勤務年数	7 年	
事業所所在地	(〒123-4567) 住所: 鹿児島市〇丁目〇〇-〇〇 TEL: (099-×××-××××) FAX: (099-×××-××××)				
事業所の種別 (所属する事業所が実施するサービス全ての番号に○をつけてください。(事業所単位))	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()				
行動援護従業者養成研修の修了の有無	強度行動障害者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(配慮等)	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) 視力が弱くなっているため、できるだけ前方で受講させてほしい。				