**平成３０年度　山口県強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講申込書**

―　宇　部　会　場　―

平成３０年　　　月　　　日

社会福祉法人　山口県社会福祉事業団　様

法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

〒（　　　－　　　　　　）

法人所在地

電話　　　　　　　　　　　　FAX

E-mail　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　※Ｅメールで連絡することがあるので必ずアドレスを記載してください

　下記のものについて、標記研修を受講させたいので申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 受講者氏名 |  | 昭和　・　平成　　　　年　　月　　日 |
| 所属事業所等 | 施設(事業所)名 |  | 職種名 |  |
| 障害ｻｰﾋﾞｽ種別 |  |
| 配慮すべき事項 | （例：手話通訳、点字資料、車椅子席の必要性や介助者同行など事前に配慮すべき事項を記入）□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 優先順位 | 第　　位 | 基礎研修受講終了（見込み）年度 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 受講者氏名 |  | 昭和　・　平成　　　　年　　月　　日 |
| 所属事業所等 | 施設(事業所)名 |  | 職種名 |  |
| 障害ｻｰﾋﾞｽ種別 |  |
| 配慮すべき事項 | （例：手話通訳、点字資料、車椅子席の必要性や介助者同行など事前に配慮すべき事項を記入）□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 優先順位 | 第　　位 | 基礎研修受講終了（見込み）年度 |  |

　申込期限：平成３０年１０月２日（火）（郵送でお申し込みください）

　※受講申込者が２名以上となる場合は、必ず「優先順位欄」をご記入ください。

　※名簿欄が足りない場合はコピーしてご記入ください。

　※基礎研修受講修了者は修了証書（コピー）を添付してください。