令和６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

―　防　府　会　場　―

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　蓬莱会　様

法人等名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

書類送付先住所

〒　　　－

電話　 　　　　　　　　　　　FAX

Mail: 　　 担当者名

※メールで連絡することがあります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こみます。

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 |  | 基礎研修受講修了（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 |  | 基礎研修受講修了（見込み）年度 |  |

**申込期限：令和６年５月１０日（金）必着**（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。**