令和７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

　　　　書類送付のご連絡先

〒　　　－

電話　 　　　　　　　　　　　FAX

Mail: 　 　　 担当者名

※法人内の複数事業所で申し込む場合、必ず法人全体でまとめてください

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７年５月９日（金）**（メール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。

※可能な限りPDFでの提出をお願いします。

**※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。**