社会福祉法人　菊愛会　2019年度　強度行動障害支援者養成研修（実践研修）

受　講　申　込　書

申込日　令和元年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
氏　　名 ※修了証を交付しますので、楷書体で記入してください	※旧字体等の場合には正確にご記入ください	男　・　女	年　　月　　日（　　歳 ※修了証に記載しますのでご記入をお願いします
住所　〒（　　ー　　） TEL： 携帯：			
法人名等		事業所名	
勤務先住所　〒（　　ー　　） （TEL）：　　（FAX）：			
職種		役職（サビ管等含む）	
○下記の事項についてご記入下さい。			
1．資格 （サビ管等含む）		取得年月	年　　月
		取得年月	年　　月
		取得年月	年　　月
		取得年月	年　　月

2．実務経験について

	経験なし
入所系	年　　ヶ月
通所系	年　　ヶ月
居宅系	年　　ヶ月
児童	年　　ヶ月
相談	年　　ヶ月
その他（　　）	年　　ヶ月

※現在の勤務先以外にも実務経験がある場合、合計の期間を記入してください。

3．事業所利用者状況について

利用者定員　　（　　）名
強度行動障害対象者　（　　）名

4．強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）　受講修了について

受講年月日　　年　　月　　日　研修実施機関（

※ 基礎研修を修了していない方は実践研修は受講できません。

いただいた情報に関しましては、研修に必要な目的以外には使用致しません。個人情報として厳重に保管いたしま

※事務局記入欄	※受　付　日	※受講の可否
	令和元年　　月　　日	可　・　否

申込先：　事務局　生活介護事業所ほほえみ
FAX　0968－36－9084