

# 平成30年度強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講申込書

申込年月日：平成30年 月 日

法 人 名		
代 表 者 名	⑩	
事 業 所 名		
事 業 所 番 号		
障 害 福 祉 サービス種別		
事 業 所 所 在 地	〒	
連 絡 先	電話番号	F A X 番 号
申 込 担 当 者 名		

## 【受講希望者】

受 講 希 望 順	人 中 番	人 中 番
ふ り か な		
氏 名		
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女
生年月日（和暦）	昭和 平成 年 月 日生	昭和 平成 年 月 日生
事業所における 職 種 （ 役 職 ）		
希 望 の 会 場	青森会場 ・ 八戸会場	青森会場 ・ 八戸会場
知的障害・精神障害 児者への支援経験年 数(H30.5.1 現在)	有： 年 ヶ月従事  無：	有： 年 ヶ月従事  無：

- ※1 一つの事業所から複数名の方の受講を希望する場合、受講希望の優先順を記載してください。  
（例：「2人中1番」など）応募多数の場合は、優先順位1番の方を優先します。
- ※2 氏名・住所等は、正確な文字で明瞭に記載してください。
- ※3 選択の項目については、いずれか該当するものを「○」で囲んでください。