

令和元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：令和元年 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	FAX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(令和元.7.1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。