

# 令和元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）		
基礎研修の修了日	平成 年 月 日 令和元年度基礎研修申込中	平成 年 月 日 令和元年度基礎研修申込中

- ※1 氏名・住所等は正確な文字で明瞭に記載してください。
- ※2 選択の項目については、該当するものを「○」で囲んでください。
- ※3 昨年度までに「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）」を修了した方は、修了証書の写しを添付してください。  
今年度の「令和元年度強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）」を受講申込された方は、本研修が始まるまでに修了証書の写しを提出してください。