

**FAX 075-252-6312**

送信後、着信確認(TEL 075-252-6296)をお願いします  
京都府福祉人材・研修センター研修課(担当:黒田)

**平成28年度 第2回強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)参加申込書**

法人名			
事業所名			
事業種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 就労移行 <input type="checkbox"/> 就労継続A型 <input type="checkbox"/> 就労継続B型 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 障害児入所施設 <input type="checkbox"/> その他( )		
事業所住所	〒	TEL	
		FAX	
担当者名			
きょうと福祉人材育成認証制度 <small>本研修の受講の可否に関係するものではありません。</small>		<input type="checkbox"/> 認証団体 <input type="checkbox"/> 宣言団体 <input type="checkbox"/> 未宣言団体	

※優先順位の高い方から御記入願います。

第一希望者	ふりがな		性別	男・女	
	氏名		生年月日(西暦)	年 月 日	
	職名(サービス管理責任者・生活支援員等)				
	現在有する関係資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー( )級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・医師 <input type="checkbox"/> その他( )			
		資格所得年数( )年			
	次の直接支援業務内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務(知的・精神・身体) <input type="checkbox"/> 障害者施設(通所系、入所系) <input type="checkbox"/> その他( )			
直接支援業務経験年数( )年					
<input type="checkbox"/> 行動援護の業務に従事している		<input type="checkbox"/> 行動援護の業務に従事していない			
行動援護従業者養成研修修了状況	<input type="checkbox"/> 過去に修了済(平成 年 月修了)		<input type="checkbox"/> 未受講		
第二希望者	ふりがな		性別	男・女	
	氏名		生年月日(西暦)	年 月 日	
	職名(サービス管理責任者・生活支援員等)				
	現在有する関係資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー( )級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・医師 <input type="checkbox"/> その他( )			
		資格所得年数( )年			
	次の直接支援業務内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務(知的・精神・身体) <input type="checkbox"/> 障害者施設(通所系、入所系) <input type="checkbox"/> その他( )			
直接支援業務経験年数( )年					
<input type="checkbox"/> 行動援護の業務に従事している		<input type="checkbox"/> 行動援護の業務に従事していない			
行動援護従業者養成研修修了状況	<input type="checkbox"/> 過去に修了済(平成 年 月修了)		<input type="checkbox"/> 未受講		

※1 希望人数によっては、御希望に添えないことがございますので、御了承ください。

※2 参加申込書に記載された個人情報、当研修の適正かつ円滑な実施、修了証書交付及び受講管理の目的のみに利用させていただきます。

◆申込期間 **平成28年12月26日(月)午後5時まで**です。