

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

平成31年度 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)参加申込書

【事業所記入欄】

法人名	
事業所名	
担当者氏名	
住所	〒
TEL (FAX)	(FAX )
きょうと福祉人材 育成認証制度	本研修の受講の可否に関係するものではありません。 <input type="checkbox"/> 認証団体 <input type="checkbox"/> 宣言団体 <input type="checkbox"/> 未宣言団体
※連絡先	※受講通知の送付先や連絡先の電話番号について、上記と異なる場合のみ記載。 〒 (TEL) (FAX)
下記申込者の 優先順位	位 / 人中 (複数名の申込みがある場合記入)

【参加申込者記入欄】

ふりがな 氏名	
生年月日(和暦)	年 月 日
事業種別	(居宅介護・就労継続A型事業所等)
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"/> 介護職員初任者研修等(ホームヘルパー2級等含む) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <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
演習希望日程	<input type="checkbox"/> A日程(7/18(木)) <input type="checkbox"/> B日程(7/29(月)) <input type="checkbox"/> いずれも可 各日程の希望人数によっては、御希望に添えない場合がございますので、御了承ください。

【受講配慮について】 いずれかに○印をお願いします。 希望される場合は必ず本申込書にて事前に 内容と共に記載してください。記載がない 場合、対応ができないことがあります。	有 【配慮が必要な内容】 ( ) (例:手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態など)	無
---	---	---

※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31年5月9日(木)午後5時まで**です。