**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。**  **□認証団体　　　　□宣言団体　　　　□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 | | □介護職員初任者研修等（ホームヘルパー２級等含む）　　□社会福祉士  □介護福祉士　　□看護師・医師　　□その他( 　 ) | | |
| 資格所得年数( )年 | | |
| 次の直接支援  業務内容 | | □ホームヘルプ業務(知的・精神・身体)  □障害者施設(通所系、入所系)　　□その他( ) | | |
| 直接支援業務経験年数( )年 | | |
| 演習希望日程 | | □Ａ日程（7/18(木)）　　□Ｂ日程（7/29(月)）　　□いずれも可  各日程の希望人数によっては、御希望に添えないことがございますので、御了承ください。 | | |
| 【受講配慮について】  いずれかに○印を願います。  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は、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。