**令和年度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** | |  | | |
| **事業所住所** | | 〒 | | |
| **担当者** | |  | | |
| **連絡先** | **TEL** |  | | |
| **FAX** |  | | |
| **MAIL** |  | | |
| **送付先** | * 事業所住所と同じ　※違う場合は下記に送付先住所を記入してください   〒 | | |
| **第1希望者** | | | | |
| ふりがな | |  | | 性　別 |
| 氏　　名 | |  | | 男・女 |
| 生年月日（西暦） | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| テキスト | | 購入する・購入しない | | |
| 演習（3・4日目）希望日 | | A日程(9/12・9/13)　・　B日程（9/19・9/20） | | |
| 現在有する関係資格 | | □ホームヘルパー（　）級　□介護福祉士□看護師・医師 □その他（　　　　　　　） | | |
| 資格所得年数 | （　　　　）年 | |
| 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・入所）□その他（　　　　　　　） | | |
| 直接支援業務経験年数 | （　　　　）年 | |
| **第2希望者** | | | | |
| ふりがな | |  | | 性　別 |
| 氏　　名 | |  | | 男・女 |
| 生年月日 | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| テキスト | | 購入する・購入しない | | |
| 演習（3・4日目）希望日 | | A日程(9/12・9/13)　・　B日程（9/19・9/20） | | |
| 現在有する関係資格 | | □ホームヘルパー（　　）級　□介護福祉士□看護師・医師　 □その他（　　　　　　　） | | |
| 資格所得年数 | （　　　　）年 | |
| 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・入所）□その他（　　　　　　　） | | |
| 直接支援業務経験年数 | （　　　　）年 | |

　　　　※申込期間：令和元年7月16日(火)17時迄

※申込先：➀**FAX：0774‐54‐2117**　FAX送信後、着信確認（TEL0774-54-7210）をお願いします。

②**MAIL：**[**kensyu-koza@minamiyamashiro.com**](mailto:kensyu-koza@minamiyamashiro.com)社会福祉法人南山城学園　法人本部事務局　企画広報課（担当：田中）