**令和3年度強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）参加申込書**

**（申込期限）令和3年10月16日（土）17時必着**

**（申込先）FAX：0774‐54‐2117　※FAX着信確認（TEL：0774‐54‐7210）をお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 （事業所住所と異なる場合）〒 | | | | | | |
| **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 | | | | | | |
| 演習希望日  （いずれかに○） | |  | A（11/5） | |  | | B（11/9） | |
|  | C（12/1） | |  | | D（12/10） | |
| 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（　　　　　　　） | | | | | | |
| 資格取得年数 | | （　　　　）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 | | | | |
| 受講配慮について | | 有（　　　　　　　　　　　　） | | 無 | | | | |
| **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 | | | | | | |
| 演習希望日  （いずれかに○） | |  | A（11/5） | |  | | B（11/9） | |
|  | C（12/1） | |  | | D（12/10） | |
| 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（　　　　　　　） | | | | | | |
| 資格取得年数 | | （　　　　）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 | | | | |
| 受講配慮について | | 有（　　　　　　　　　　　　） | | 無 | | | | |

**研修受講に関する同意（同意の上、□にチェック☑をご記入ください。）**

**受講する職員の体調管理に十分留意し、体調の優れない職員を受講させません。当日研修会場で著しく体調不良が見られる場合、事務局より受講をお断りする場合があることを了承します。　□　以上を確認し、同意します。**