

相模原市強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）申込書

次の者を受講者として申込みます。

令和2年 月 日

相模原市社会福祉事業団理事長 殿

法人等の名称

代表者職・氏名

印

< 受講対象者 >

法人内優先順位		法人で2名申込む場合、 <u>優先順位を必ず記載</u> して下さい				
ふりがな		性別		生年月日		
受講者氏名				昭和・平成 年 月 日		
所属機関名・連絡先	法人名等					
	事業所名					
	事業所のサービス種類					
	事業所所在地	〒 -				
	連絡先電話番号 / FAX 番号	TEL		FAX		
実務経験年数と種別（障害のある方の支援に従事した期間） 通算・重複可		年 カ月 （令和2年4月1日時点）				
		知的障害 身体障害 精神障害 児童				
行動障害を有する方への支援について（いずれか1つに を付けてください）		A：現在、支援を行っている。				
		B：まだ支援を行っていないが、予定はある。				
		C：今後も支援の予定はない。				
受講に際して配慮する必要がある事項 （ を付けてください）		車椅子の使用		介助犬の同伴		点字教材
		拡大文字使用		手話通訳者		要約筆記者
		身障者用駐車場				

【研修等の受講履歴】

研修等の受講履歴 （該当するものに を付けて修了年度を記載して下さい）	行動援護従業者養成研修		修了年度：平成 年度
	重度訪問介護従業者養成研修 行動援護支援課程		修了年度：平成 年度
	受講なし		

* 申込みは法人で取りまとめの上、送付して下さい。

* 記載漏れや不備があった場合は受講を見送りとさせていただきます。