

令和4年度 社会福祉法人 藤沢育成会
強度行動障害支援者養成研修【基礎研修】
申込書類確認書

※本紙も必ず同封してください

法人名	
法人住所 (決定通知等送付先)	〒 —
取りまとめ 担当者名	
担当者電話番号	— () —
担当者 メールアドレス@.....

* 決定通知等はまとめて上記住所に送付いたします。法人住所と異なる場所への送付を希望する場合は、上記「法人住所」に送付先を記載ください。(受講者ごとに異なる送付先とすることはできません)

【申込書類確認】 ※□に✓を記入してください

- ☐ 法人から複数の受講者申込みをする場合、法人内優先順位を全員分記載しましたか
- ☐ 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか
- ☐ 受講者氏名の記載に誤りはありませんか(例) 高→高 崎→崎 など

【受講申込者一覧】 全受講申込者を下の欄に記載ください。

優先 順位	受講者名	事業所名
1		
2		

※申し込みはインターネットからも申し込みができます。

①インターネット

https://docs.google.com/forms/d/1v5_wKM_itK-lO0fgk23IAf2LpY1mGUPBifGjexBpxr0/edit

②QRコード



**令和4年度社会福祉法人 藤沢育成会 強度行動障害支援者養成研修【基礎研修】
受講推薦及び申込書**

次の者を受講者として推薦します。

令和4（2022）年 月 日

藤沢育成会 理事長石川 修 殿

法人等の名称
代表者職・氏名

<受講対象者>

法人内優先順位		←法人で複数人数を推薦する場合、 優先順位を必ず記載 してください。		
フリガナ		生 年 月 日		
受講者氏名		西暦 年 月 日		
所属機関名 ・ 連絡先	法人名 又は市町村名			
	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／ ファクシミリ番号	TEL		FAX
受講日程 （可能な日程全てに○ を付けて下さい。）		第一回 2022年8月4日～5日	第二回 2022年10月27日～28日	第三回 2023年1月19日～20日
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 ヶ月 [令和4（2022）年4月1日時点]		
		<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 児童		
現在、行動障害のある 方の支援に携わって いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
研修等の受講履歴 （該当するものに○を 付けて下さい。）		重度訪問介護従業者養成研修 行動障害支援課程		
		行動援護従業者養成研修		
受講に際して配慮 する必要のある事項				

*申込は法人で取りまとめの上、申込書類確認書を添えて御送付ください。

*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ので、御注意ください。