

# 令和5年度 川崎市強度行動障害支援力向上研修【基礎研修】

## 受講推薦書

法人名：	
役職・氏名：	印
法人住所：〒	

川崎市強度行動障害支援力向上研修の受講者として、次のものを推薦します。

【受講申込者一覧】 全受講申込者を下の欄に記載ください。（1法人8名）

優先 順位	受講者名	事業所名	サービス種別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

取りまとめ担当者名：	電話：
決定通知等送付先：〒	

【送付先】 住所：〒210-0024 川崎市川崎区日進町 5-1 川崎市複合福祉センターふくふく 2 階  
総合研修センター 「強度行動障害基礎研修担当」

- ☐ 1. 受講希望者全員のデータ入力（1名1送信）申込フォーム：<https://forms.gle/omZKBznAismUJFUA>  
☐ 2. 受講推薦書に押印の上、郵送（締切日、消印有効） ※2点すべて整えて申込完了です