

令和5（2023）年度 神奈川県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

所属法人名	
所属法人住所 (決定通知等送付先)	〒 —
取りまとめ 担当者氏名	
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郵送いたします。

【申込書類確認】 ※□に✓を記入してください

- ☐ 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】 受講申込者を下の欄に記載ください。

受講者名	所属事業所等

※申し込みはインターネット(Googleフォーム)からも申し込みができます。

①インターネット

<https://onl.tw/Kf6MD7p>

②QRコード



**令和5（2023）年度 神奈川県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5（2023）年 月 日

藤沢育成会 理事長 倉重 達也 殿

法人等の名称
代表者職・氏名

<受講対象者>

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 2023年8月3日～4日	第二回 2023年9月14日～15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5（2023）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。