

## 平成30年度 強度行動障害支援者養成研修 受講申込書

鹿児島市知的障害施設連絡協議会

会長 水流 源彦 様

下記の通り受講を申し込みます。

申込年月日 平成 年 月 日

法人名 代表者名	⑩		
所在地	〒 -		
担当者	TEL		
	FAX		
役職	MAIL		

## 【受講希望者】

優先順位			
フリガナ		生年月日	性別
氏名		昭和	男・女
	職種	年 月 日	
事業所名		種別	
所在地	〒 -		
	TEL	FAX	
希望研修 (✓をつける)	<input type="checkbox"/> 基礎研修 平成31年2月18日(月)～19日(火) <input type="checkbox"/> 実践研修 平成31年3月14日(木)～15日(金) ※基礎研修受講済みか同時に申込みの場合に限る		
備考	座席の配慮やサポートが必要な場合、その他事務局にご連絡のある方は、具体的にご記入ください。 (内部障害をお持ちの方や妊婦の方もご記入ください)		

## お申込時の注意事項

※実践研修のみ受講する場合は、基礎研修の修了証書を添付してください。

※修了証書に反映するため、受講者氏名・生年月日等誤りのないように、正確に記入してください。