

鹿児島市知的障害施設連絡協議会行き FAX : 099-295-3699
令和3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 令和 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 | 年 月 日 | 男・女 |
| | 職種 | 平成 | | |
| 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 令和4年3月3日(木)～4日(金) <input type="checkbox"/> 実践研修 令和4年3月24日(木)～25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、正確に記入してください。