

令和元年度 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		
	MAIL		
役職			

【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① 令和元年9月2日(月)～3日(火) <input type="checkbox"/> 実践研修① 令和元年9月23日(月)～24日(火) ※基礎研修受講済みか同時に申込みの場合に限る		
希望研修 (√をつける)	<input type="checkbox"/> 基礎研修② 令和2年2月18日(火)～19日(水) <input type="checkbox"/> 実践研修② 令和2年3月11日(水)～12日(木) ※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。