埼玉県社会福祉事業団　嵐山郷　相談調査担当　行　　（FAX：０４９３－６２－８９４４）

令和5年度強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講申込書

①受講者情報

（フリガナ）		性別（どちらかに☑）
氏名		□男　□女
生年月日	昭和　／　平成　　年　　月　　日	
住所	（〒　　－　　）	
電話番号		
研修日	令和5年8月3日（木）・4日（金）	
障害福祉サービスの従事について（どちらかに☑）	□従事している　　□従事する予定	

②勤務先情報

勤務先の事業所名	
事業所種別（該当の種別に☑）	□障害者支援施設　□生活介護　□相談支援 □共同生活援助（GH）　□放課後等デイサービス □その他（　　）
経験年数	年　　か月
勤務先の住所	（〒　　－　　）
勤務先の電話番号	

④その他

申込者	□本人　□代行（担当者氏名：　　）
領収書の宛名（法人・事業所・個人など）	
ご連絡先	□受講者　□勤務先（※募集締切後御電話します）