

令和6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)	
氏 名	
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
住 所	(〒 -)
電話番号	- -
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 ☐ 共同生活介護 (GH) ☐ 放課後等デイサービス ☐ その他 ()
経験年数	年 ヶ月
勤務先の住所	(〒 -)
勤務先の電話番号	- -

③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 (※申込後切後連絡します)
E-mailアドレス 申込者本人もしくは勤務先	