

令和3年度強度行動障害支援者養成研修 (実践研修)受講申込書

①受講者情報

(フリガナ)		性別(どちらかに☑)
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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☑)	<input type="checkbox"/> 従事している	<input type="checkbox"/> 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☑)	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(GH) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他()
経験年数	年 か月
勤務先の住所	(〒 -)
勤務先の電話番号	(- -)

③その他

申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代行 (担当者氏名:)
領収書の宛名 (法人・事業所・個人など)	