

令和2年度愛媛県強度行動障がい支援者養成研修（実践研修）受講申込書

令和 年 月 日

(一社) 愛媛福祉研修協会代表理事 様

法人名

代表者

職氏名

㊟

次の者に標記研修を受講させたいので、推薦者として下記内容に責任(欄外:注)を持って申し込みます。

| | | | |
|----------------|--|----------------------------------|--------------------|
| ふりがな | | | |
| 受講者氏名 | ㊟ | 生年月日 性別 | S・H 年 月 日 □男・□女 |
| 所属事業所について | 事業所名称 | 法人名： 事業所名： | 事業所の サービス種別 |
| | 事業所所在地等 (受講者に必ず 連絡のつく所) | 〒 TEL： E-mail： FAX： | |
| 基礎研修の受講 | <input type="checkbox"/> 受講済（ 年度受講 ） <input type="checkbox"/> 令和2年度愛媛県強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修）受講決定済 | | |
| 受講目的 (複数選択) | <input type="checkbox"/> 行動援護事業に従事 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護事業に従事 <input type="checkbox"/> 加算の算定 <input type="checkbox"/> 強度行動障がい児者支援の知識・技術の取得 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 必要な配慮事項 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 受講上の配慮事項（例：車椅子・電動車椅子使用、介助者同行など） | | |
| 推薦順位 | 番目 / 人中 | 同一法人から複数名申し込む場合は、必ず推薦順位を御記入ください。 | |

注： 実践研修は、基礎研修を受講済の方のみ申し込み可能です。尚、基礎研修の受講については、修了証等によって事業所が確認していることを前提に、証拠書類の提出を省略しています。

※ 必要な配慮事項については、対応可能な範囲でのご対応になります。会場の建築構造上の問題等には対応できませんので、予めご了承下さい。

※ 御記入いただいた情報は当該研修の運営のみに使用いたします。それ以外の目的で事業所・受講者の了承なく情報を第三者に開示することはありません。