

「強度行動障害支援者養成研修」申込書

申込日 令和 5 年 5 月 8 日

ふりがな	すばる たろう	生年月日	性別
氏名	昴 太郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 4 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒355-0008 埼玉県東松山市大谷590		
電話番号	自宅:0493-39-1131	携帯:	
受講希望研修	<input checked="" type="checkbox"/> 基礎研修+実践研修 <input type="checkbox"/> 基礎研修のみ <input type="checkbox"/> 実践研修のみ ※基礎研修修了が条件です。		
研修受講における特別な配慮の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 (内容:)		

以下、福祉施設・事業所に従事している受講者はご記入お願い致します。

法人名	社会福祉法人昴		
施設・事業所名	ファミリーサポートセンター昴	〒355-0017	
連絡先	電話:0493-25-3353 FAX:	事業所所在地	埼玉県東松山市松葉町2-17-43
現職経験年数	5 年 (強度行動障害を有する者の支援についている期間 3 年 2 ヶ月)		
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input checked="" type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()		
事業所における強度行動障害を有する利用者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		

受講を希望される方は必要事項を入力し、メールに添付してお送りください。

<お申込み先>
社会福祉法人昴 事務局
〒355-0008 埼玉県東松山市大谷590
Mail:training@subaru-swc.com

<お問合せ先>
社会福祉法人昴 強度行動障害支援者養成研修担当(五十嵐・蝦名)