

平成 28 年度強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）参加申込書

法 人 名		
事業所名		
事業所住所		〒
担 当 者		
連絡先	TEL	
	FAX	

第 1 希望者		
ふりがな		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	
テキスト	購 入 す る ・ 購 入 し な い	
現在有する関係資格	☐ ホームヘルパー () 級 ☐ 介護福祉士 ☐ 看護師・医師 ☐ その他 ()	
	資格所得年数	() 年
直接支援業務内容	☐ ホームヘルプ業務 (知的・精神・身体) ☐ 障害者施設 (通所・入所) ☐ その他 ()	
	直接支援業務経験年数	() 年
第 2 希望者		
ふりがな		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	
テキスト	購 入 す る ・ 購 入 し な い	
現在有する関係資格	☐ ホームヘルパー () 級 ☐ 介護福祉士 ☐ 看護師・医師 ☐ その他 ()	
	資格所得年数	() 年
直接支援業務内容	☐ ホームヘルプ業務 (知的・精神・身体) ☐ 障害者施設 (通所・入所) ☐ その他 ()	
	直接支援業務経験年数	() 年

※申込期間：平成 28 年 9 月 23 日（金）17 時迄 ※用紙が不足する場合はコピーしてご使用ください。

※申 込 先：FAX0774 - 54 - 2117

FAX 送信後、必ず着信確認（TEL0774 - 54 - 7210）をお願いします。

南山城学園 法人本部事務局（担 当：加 藤・田 中）