**平成28年度強度行動障害支援者養成研修（実践研修）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 |
| 基礎研修修了年度 | 平成27年・平成28年 |
| 基礎研修終了番号 |  |
| 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 |
| 基礎研修修了年度 | 平成27年・平成28年 |
| 基礎研修終了番号 |  |
| 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12月22日（木）17時迄

※申込先：FAX0774‐54‐2117

 **FAX送信後、着信確認（TEL0774‐54‐7210）をお願いします。（担当：加　藤・田　中）**

南山城学園　法人本部事務局（担　当：加　藤・田　中）