**平成30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** |  | | |
| **MAIL** |  | | |
| **第1希望者** | | | | |
| ふりがな | |  | | 性　別 |
| 氏　　名 | |  | | 男・女 |
| 生年月日（西暦） | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| テキスト | | 購入する・購入しない | | |
| 演習（3・4日目）希望日程 | | A日程(7/31・8/28)　・　B日程（8/1・8/29） | | |
| 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 | | |
| 演習（3・4日目）希望日程 | | A日程(7/31・8/28)　・　B日程（8/1・8/29） | | |
| 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30年6月22日（金）17時迄

　　　　※申込先：➀**FAX：0774‐54‐2117**

FAX送信後、着信確認（TEL0774‐54‐7210）をお願いします。

②**MAIL：**[**kensyu-koza@minamiyamashiro.com**](mailto:kensyu-koza@minamiyamashiro.com)

社会福祉法人南山城学園　法人本部事務局（担当：佐々木・立田）