

令和元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	
	送付先	<input type="checkbox"/> 事業所住所と同じ ※違う場合は下記に送付先住所を記入してください 〒
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	A日程(9/12・9/13) ・ B日程(9/19・9/20)	
現在有する関係資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ ）級 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・医師 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	資格取得年数	（ ）年
直接支援業務内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務（知的・精神・身体） <input type="checkbox"/> 障害者施設（通所・入所） <input type="checkbox"/> 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	A日程(9/12・9/13) ・ B日程(9/19・9/20)	
現在有する関係資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ ）級 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・医師 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	資格取得年数	（ ）年
直接支援業務内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務（知的・精神・身体） <input type="checkbox"/> 障害者施設（通所・入所） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	直接支援業務経験年数	（ ）年

※申込期間：令和元年 7月 16日(火)17時迄

※申 込 先：①FAX：0774-54-2117 FAX送信後、着信確認（TEL0774-54-7210）をお願いします。

②MAIL：kensyu-koza@minamiyamashiro.com 社会福祉法人南山城学園 法人本部事務局 企画広報課（担当：田中）