

# 「強度行動障害支援者養成基礎・実践研修」申込書

申込日                      令和                      年                      月                      日

ふりがな		生年月日	性別
氏名		昭和 平成                      年                      月                      日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
法人名		参加者 職名	
施設・ 事業所名		連絡先	電話 ----- FAX
施設・事業所 所在地	〒		
Web オンライン研修及び演習については1回15名とします。日程を選択してください。 (希望日に○を記入してください。)			
	<b>基礎研修</b>		<b>実践研修</b>
第1回	<b>7月18日(木)・19日(金)</b> 18日 zoom 19日集合・地域交流センターひまわり(予定)		<b>10月17日(木)・18日(金)</b> 17日 zoom 18日集合・地域交流センターひまわり(予定)
第2回	<b>8月29日(木)・30日(金)</b> 29日 zoom 30日集合・地域交流センターひまわり(予定)		<b>11月21日(木)・22日(金)</b> 21日 zoom 22日集合・地域交流センターひまわり(予定)
メールアドレス	※受講決定及び詳細については後日メールでご案内します。 Mail: _____		
現職経験年数 (福祉の仕事に 携わった年数)	年    ヶ月 (うち強度行動障害を有する者の支援についている期間                      年                      ヶ月)		
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input 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 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	有    ・    無	研修受講における 特別な配慮の有無	有    ・    無

研修を希望される方は必要事項を記入のうえ、メール、郵送または FAX でお送りください。

※日程の調整をさせていただく場合がございますのでご了承ください。

<お申込み先>

社会福祉法人本庄ひまわり福祉会 事務局  
〒367-0036 埼玉県本庄市今井 1037-1  
FAX: 0495-25-6601  
メール:honhima-jjim@catnet.jp

<お問合せ先>

社会福祉法人本庄ひまわり福祉会  
強度行動障害支援者養成研修担当(尾高・福島)  
TEL: 0495-25-6600