ファクシミリ施行　添書不要

**令和３年度 宮城県強度行動障害支援者**

**養成研修（基礎研修・実践研修） 受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宛先　認定ＮＰＯ法人さわおとの森  　　　強度行動障害支援者養成研修事務局　宛  **ＦＡＸ　０２２－２９０－６６７８** | | | | | | | | | 発信日 | | 令和３年　 　月　 　日 | | | | |
| ●申込者 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 | |  | | | | | 事業所名 | | |  | | | | | |
| ふりがな  連絡者名 | |  | | | | | 事業種別 | | |  | | | | | |
|  | | | | |
| 事業所  所在地 | | 〒 | | | | | ＴＥＬ | | |  | | | | | |
| ＦＡＸ | | |  | | | | | |
| メール | | |  | | | | | |
| ●受講希望者 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | | | | | 年齢 | | | | | 経験年数 |
| 氏　　名 | | | 職　名 | | | | |
| １ |  | | |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | | | | |  | | | | | 年　　月 |
|  | | |  | | | | |
| 自宅住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| テキスト本（どちらかに〇） | | | | |  | | 購入希望 | | | |  | | | 購入不要 |
| ２ |  | | |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | | | | |  | | | | | 年　　月 |
|  | | |  | | | | |
| 自宅住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| テキスト本（どちらかに〇） | | | | |  | | 購入希望 | | | | |  | 購入不要 | |
| ３ |  | | |  | 昭和  　　年　　月　　日  平成 | | | | |  | | | | | 年　　月 |
|  | | |  | | | | |
| 自宅住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| テキスト本（どちらかに〇） | | | | |  | | 購入希望 | | | | |  | 購入不要 | |

＊ 申込みにつきましては先着順となります。申込み締切り期日前に受付を終了する場合がございますのでご了承下さい。

＊ 経験年数は、障害者支援に従事した年数をお書き下さい。

＊ 記載いただきました個人情報につきましては、本研修以外では使用いたしません。

＊ 氏名・生年月日は修了証に記載されますので、楷書体で丁寧にお書きください。

**申し込み締め切り：８月６日（金）１７：００**