**令和５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Eメール：sawaoto-enchou@sawaoto.jp ＦＡＸ：022-290-6678 | 発信日 | 令和５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 | 　　　　歳 | 　　　年　　月 |
|  |  |
| 自宅住所 |  |
| 受講希望（〇で囲む） | **基礎研修** | **実践研修** | テキストは自分で購入願います |
| ２ |  |  | 昭和　　年　　月　　日平成 | 　　　　歳 | 　　　年　　月 |
|  |  |
| 自宅住所 |  |
| 受講希望（〇で囲む） | **基礎研修** | **実践研修** | テキストは自分で購入願います |
| ３ |  |  | 昭和　　年　　月　　日平成 | 　　　　歳 | 　　　年　　月 |
|  |  |
| 自宅住所 |  |
| 受講希望（〇で囲む） | **基礎研修** | **実践研修** | テキストは自分で購入願います |

＊ 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。

＊ 自宅住所は、受講修了者を県に届ける際に必要となりますので記載願います。

＊ 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：６月１４日（水）１７：００**