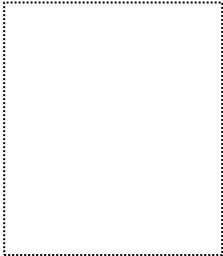


受講申込書

私は、「地域福祉サポートちた」が開催する強度行動障害支援者養成研修基礎研修に申し込みます。そして、研修の主旨を理解し、修了を目指し真摯に受講することを誓います。

ふりがな				男 女
氏 名				
※記入された氏名にて修了証を発行致します。正式な字体でご記入下さい。				
生年月日	昭和 平成 年 月 日生まれ 満 歳			
住 所	〒 愛知県			
連絡先	TEL(自宅) (携帯番号)			
※受講確定と入金のご連絡をいたします。 FAXまたはメールアドレスを必ずご記入ください。	(事業所または自宅)			
	FAX番号			
	(事業所または自宅)			
	メールアドレス			
勤務先				
経験年数	知的、精神障害者 直接支援業務 年			
支援対象者 (該当部分を○印で囲んでください)	成人 ・ 子ども	保有資格		
役 割 (該当部分を○印で囲んでください)	生活支援員・ヘルパー・管理者・指導員・その他()			
当講座に期待すること、受講に向けての意気込み、取得後に資格をどう活かしたいか、事務局への要望など、ご自由にお書きください。				

写真貼付(縦4cm×横3cm)
(裏面に氏名記入)(スナップ写真も可)



受付された申込書は返却できませんので、
ご了承ください。