

令和6年度 福岡県強度行動障害支援者養成研修 申込書

受講コース	基礎研修 ・ 実践研修	
	※受講を希望されるコースに○をつけて下さい。 ※両方の研修を希望される方は、2つとも○をつけて下さい。	
ふりがな		
受講者氏名		
生年月日	昭和	平成 年 月 日
所属名 ※現在未所属の方は、今後勤務予定の事業所を記入下さい。	法人名	
	事業所名	
	所在地	(-)
	電話番号	
	※受講当日、連絡がつく電話番号	
	書類の郵送先住所 ※受講決定通知書等	(-)
	メールアドレス	
受講者の所属	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援	
実務経験歴	<input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上	
参加費	<input type="checkbox"/> 基礎研修（16,000円）+実践研修（16,000円）=32,000円 <input type="checkbox"/> 基礎研修（16,000円） <input type="checkbox"/> 実践研修（16,000円）	
※該当する欄にチェック下さい。		

※ 定員を超えた際には、多くの事業所の方に受講していただくため、同事業所から複数申し込みをされる方はお断りをさせていただきます。事業所内で申込みされる方の優先順位を決めて申込用紙の方に記載をお願いいたします。

同一事業所で、複数名申込みの場合は、優先順位を記入してください。

番目 / 人中

通信欄	※受講時の配慮が必要な人は、必ずその内容を「通信欄」に記入して下さい。
-----	-------------------------------------

※実践研修のみに参加される方は、強度行動障害支援者養成研修の基礎研修の修了証もしくは、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了証のコピーを添付して下さい。

※申込時に提出された書類の返却はいたしません。

※個人情報については、個人情報保護関係法令等を遵守し、強度行動障害支援者養成研修に関する受講者様へのご連絡（受講票の送付等）など、研修の開催・運営を目的としてのみ利用いたします。

※この受講申込書に基づき作成する研修修了者名簿は、福岡県に情報提供することになっておりますので、ご了承ください。