

【精神障害者支援の障害特性と支援技術を学ぶ研修会 受講申込書】

FAX:0957-47-5884 (8/20〆切)

令和 年 月 日

標記研修の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者)

法人名称			
代表者氏名			
法人所在地	〒	TEL :	
		FAX :	
	メールアドレス :		

(推薦する受講者) ※ 申込者が複数の場合は、コピーしてご使用下さい。

同一法人で申込者が複数名いる場合は優先順位を記入 ※事業所内での受講者人数と順位			位／	人中
ふりがな		性 別	男	・ 女
氏 名		生年月日	S ・ H	年 月 日
現勤務先	事業所名			
	所在地	〒		
現 職 種 (いずれかに○)	1	相談支援専門員		
	2	サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者		
	3	その他 (職種:)		
	⇒ 3 その他を選択の方のみ記入 今回の受講理由			
備 考	※障害があるため特別な配慮が必要な方は記入ください (車椅子利用など) (詳細について直接確認をとらせていただく場合があること、十分に対応できない場合があることを予めご了承ください)			