**「強度行動障害支援者養成基礎・実践研修」申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　申込日　　　　　　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | 生年月日 | | | | 性別 |
| 氏名 | | |  | | 昭和  平成　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | □　男性  □　女性 |
| 法人名 | | |  | | 参加者職名 | |  | | |
| 施設・  事業所名 | | |  | | 連絡先 | | 電話 | | |
| FAX | | |
| 施設・事業所  所在地 | | | 〒 | | | | | | |
| Webオンライン研修及び演習については１回３０名とします。日程を選択してください。  （希望研修に〇を記入してください。） | | | | | | | | | |
| **開催日** | **基礎研修** | | | | **実践研修** | | | | |
|  | **７月２４日（木）・２５日（金）**  24日zoom  25日集合  ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙｿﾌﾄｳｪｱ本庄文化ﾎｰﾙ第３会議室（予定） | | |  | **１０月１６日（木）・１7日（金）**  16日zoom  17日集合  本庄ひまわり福祉会  地域交流センターひまわり会議室（予定） | | | |
| メールアドレス | | | ※受講決定及び詳細については後日メールでご案内します。  Mail: | | | | | | |
| 現職経験年数  （福祉の仕事に  携わった年数） | | | 年　　ヶ月  　　（うち強度行動障害を有する者の支援についている期間　　　　　年　　　　　ヶ月） | | | | | | |
| サービスの種類 | | | □生活介護　□就労支援　□短期入所　□共同生活援助　□相談支援  □施設入所支援 □行動援護　□居宅介護　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 事業所における強度行動障害を有する利用者の有無 | | | | 有　　・　　無 | 研修受講における 特別な配慮の有無 | | | 有　　・　　無 | |

　 研修を希望される方は必要事項を記入のうえ、メール、郵送またはFAXでお送りください。

　　　※日程の調整をさせていただく場合がございますのでご了承ください。

＜お問合せ先＞

社会福祉法人本庄ひまわり福祉会

強度行動障害支援者養成研修担当（尾高・福島）

TEL: 0495-25-6600

＜お申込み先＞

社会福祉法人本庄ひまわり福祉会　事務局

〒367-0036　埼玉県本庄市今井1037-1

FAX: 0495-25-6601

メール：honhima-jjim@catnet.jp