

(月)

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

申込日： 年 月 日

ふりがな			
お名前			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(歳)		
自宅住所	〒		
携帯		FAX	
メール	※オンライン講座で使用される端末のアドレスをご記入ください。		使用端末
勤務先名		勤務先TEL	
緊急連絡先		緊急連絡先TEL	

※本人確認のできる証明書(免許証など)のコピーを持参の上、ご提示ください。

受講課程に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 実践研修課程 <input type="checkbox"/> 基礎・実践研修両課程		
① 受講を希望される方の受講目的は?(複数回答可) を付けてください。 <input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者(行動援護従業者)として仕事をするため <input type="checkbox"/> 行動援護事業におけるサービス提供責任者の要件を満たすため <input type="checkbox"/> スキルアップのため <input type="checkbox"/> その他		
② 現在まで強度行動障害支援や行動援護の経験はありますか? <input type="checkbox"/> あり (経験： 年) <input type="checkbox"/> ない		
③ 現在お持ちの資格について該当するところに✓をお願いします <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 同行援護従業者(一般) <input type="checkbox"/> 同行援護従業者(応用) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者 <input type="checkbox"/> その他		
④ この講座を、どちらでお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 教育・研修センターようきからの案内 <input type="checkbox"/> 同僚/上司 <input type="checkbox"/> 知り合い <input type="checkbox"/> その他		
⑤ この講座の受講を決めたポイントはどこですか? <input type="checkbox"/> 通信講座で学べるため <input type="checkbox"/> 受講料 <input type="checkbox"/> 日程の都合が良かったため <input type="checkbox"/> 場所の都合が良かったため <input type="checkbox"/> その他		
⑥ 受講するうえでの不安や配慮等、希望されることがあればご記入ください。		
● テキスト申込 中央法規「強度行動障害のある人の「暮らし」を支える」 <input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 申し込まない	● 受講料納入方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 持参	● 受講料納入予定日

ご記入いただいた個人情報は、お申し込みいただいた研修の範囲内において利用し、それ以外で利用することはありません。