

## 別紙1： 公開講座（6月21日）

**1**

必要事項をご記入いただき、下記番号までFAXをお願いします。

※ 送付状は不要です。

**2**

FAX番号： **0857-59-6055**（鳥取県厚生事業団事務局）

※ お手数ですが、FAX 送信後着信確認（TEL 0857-59-6033）をお願い致します。

**3**

申込み締め切り： 平成30年6月8日（金） 17:00 必着。

※ 期日を過ぎた申込みについては、受け付けませんのでご注意ください。

**4**

こちらからのご連絡は中止の場合のみ行います。連絡がない場合は日程のとおりご参加ください。

※ ご本人確認等、場合によってはご連絡することもあります。

**【申込者】** 下記に、必要事項をご記入ください。

申込者氏名： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

**【参加希望者】** 下記に、氏名、職名をご記入ください。

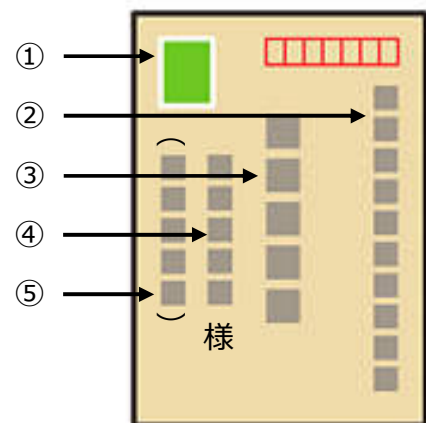
	氏名	職名	配慮事項 ※該当する項目に✓を記載して下さい
1	(ふりがな) .....		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 (            )
2	(ふりがな) .....		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 (            )
3	(ふりがな) .....		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 (            )
4	(ふりがな) .....		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 (            )
5	(ふりがな) .....		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他 (            )

**1** 提出書類

- ① 受講申込書【別紙3】
- ② 返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）
  - ※ 82円切手を貼り、事業所住所・事業所名・担当者名、受講希望者名を明記
  - ※ 返信用封筒は申込者1名ごとに1通必要です。

【返信用封筒記入例】

- ① 82円切手
- ② 事業所住所
- ③ 事業所名
- ④ 担当者名
- ⑤ 受講希望者名（括弧内に記載）
  - ※ 必ず、提出書類と一緒に封筒に入れてください。
  - ※ 担当者名の後には、「様」を記載してください。
  - ※ 裏面は、何も書かないでください。



**2** 申込方法

上記提出書類を郵送で申し込んでください。

- ※ F A X、Eメール等他の方法での申し込みは受け付けていません。
- ※ 申込書類は、未記入や押印漏れ等の不備がないよう確認してから提出して下さい。
- ※ 申込み内容について、お問合せさせて頂く場合がございます（申込担当者に連絡します）。
- ※ 虚偽の内容を記載された場合は、受講決定後でも決定を取り消す場合があります。
- ※ 他の都道府県からのご応募は、定員に余裕があった場合のみ受講をお受けします。

**3** 締切り

**平成30年6月8日（金） 必着**

※ 締切り後の申し込みは一切受け付けません。

**4** 申込先

〒689-0201 鳥取市伏野2259-43  
社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 宛  
※「強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修） 申込書在中」と朱書きのこと

別紙3：平成30年度鳥取県強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修）

（6月21日、28日～29日）

【申込者（担当者）】 下記に必要事項をご記入ください（該当する  に  をしてください）。

（ふりがな） 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
所属事業所名				
所属先の実施事業	<input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 居宅系	<input type="checkbox"/> 入所系 <input type="checkbox"/> その他（		
事業所住所	〒			
事業所電話番号		職名		

【受講希望者】 下記に必要事項をご記入ください（該当する  に  をしてください）。

（ふりがな） 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
行動障がい有する 人の支援経験年数	年	ヶ月（H30.5.1現在）	職名	
参加費について	<input type="checkbox"/> 受講料（¥1,000） お支払い総額 ¥	<input type="checkbox"/> テキストを希望（¥1,000） 円	※必ずご記入下さい。	
実践研修への参加	平成30年度鳥取県強度行動障がい支援者養成研修（実践研修）への参加予定を教えてください <input type="checkbox"/> 参加予定 <input type="checkbox"/> 参加しない			
配慮事項	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（			

- ※ 申込書に記載された氏名・生年月日で修了証を作成しますので、明確な文字で、誤字・脱字の無いようにご記入下さい。
- ※ 複数名申し込む場合は、コピーして使用してください。
- ※ 経験年数については、受講選考の参考とするものであり、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。
- ※ 配慮事項につきましては、可能な限り対応いたします。ただし、会場、研修全体への影響、他の理由等によっては対応できかねる場合があります。予めご了承いただきますよう、お願いいたします。