

下記項目に必要事項を記載のうえ、**6月26日（水）必着**までにFAXまたはMAILでお送りください。

【担当者】 本申し込みに関する、貴事業所内での担当者をご記入ください。

(ふりがな) 氏名	職名	
事業所名	〒		
連絡先	TEL :	FAX :	

【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
連絡先	※ 提出課題等を、メールにて送付する場合がありますのでご記入下さい。 MAIL 1（事業所/必須）： MAIL 2（個人/任意）：		
行動障がい有する 人の支援経験年数	年 ヶ月（R1.6.1現在）	職名	
基礎研修修了履歴	<input type="checkbox"/> 平成 年度修了（受講都道府県： ） <input type="checkbox"/> 令和元年度修了見込み（受講都道府県： ）		
参加費について	<input type="checkbox"/> 受講料（¥2,000） ※必ず <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい。		
配慮事項	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

【その他】 貴事業所の状況（これまでの取り組み）について、該当する に をしてください。

動画資料の撮影	Q1. これまで動画を撮影し、医療受診や事例検討、他事業所と情報共有を行ったことがある <input type="checkbox"/> 何度も実施 <input type="checkbox"/> 数回実施 <input type="checkbox"/> 実施したことがない
インターネットの接続	Q2. 現在、貴事業所はインターネットが利用できる環境にある <input type="checkbox"/> いつでも使用できる <input type="checkbox"/> 一部接続 <input type="checkbox"/> 繋がっていない（使用不可）

※ 本研修では、受講者が持ち寄った支援困難事例（貴事業所利用者）への、具体的な支援を行います。その際 ①動画（映像）を通じたチーム内での情報共有、②インターネット環境を活用した情報の共有を行います。予め動画の撮影、クラウドサービスの活用について、事業所内でご相談・ご検討ください。