

下記項目に必要事項を記載し、7月11日(水) 必着 のうえ、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 (H30.6.1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"/> 平成30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. これまで映像を撮影して、医療受診や他事業所との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予定しています。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。