別紙 ： 平成30年度障害福祉サービス従業者研修申込書

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７月23日（月） 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留意ください。

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。

【 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	□ 女　□ 男
勤　務　先	名称： 住所：　　〒 TEL：		
障害福祉サービス 従事年数	年　　ヶ月（H30.6.1現在）	職　名	
個別支援計画 作成経験の有無	□ 作成したことがある　　□ 作成したことはない		
受講希望の研修	□ 介護分野　□ 知的・精神分野　□ 就労分野　□ 児童分野		
受　講　料	※ 必ずご記入ください 受講料　　¥　　円		1分野の受講料 ＝ 1,000円 2分野の受講料 ＝ 1,500円 3分野の受講料 ＝ 2,000円 4分野の受講料 ＝ 2,500円
配　慮　事　項	□ 車いす　　□ 手話 □ その他（　　）		