MAIL： honbu\_kikaku3@tottori-kousei.jp

F A X： 0857-59-6055

別紙：**【基礎研修】**申込書

記項目に必要事項を記載のうえ、**８月１０日（木）１７：００必着** でMAILまたはFAXでお送りください。

複数人のお申し込みについては、お手数ですが本用紙をコピーしてお申し込みください（1人1枚でお申し込みください）。

**【申込み担当者】**　　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | | | | |
| **事業所情報** | **（〒　　　　－　　　　　　）** | | | | |
| **TEL：** | | **FAX:** | | |
| **申込み担当者名** |  | | | | |
| **【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** |  | | | | |
| **生年月日** | Ｓ　・　Ｈ　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| **メールアドレス** | 研修に関する情報連絡、Zoomを使用するアドレスを下記にご記入ください。  ① Email（勤務先） 　：  ② Email（Zoom用）： | | | | |
| **受講希望日** | □　第 １ 回研修　（　令和5年8月28日（月） - 29日（火）　）  □　第 ２ 回研修　（　令和５年9月11日（月） - 12日（火）　）  ※各回の受講者数調整のため変更をお願いする場合もあります。 | | | | |
| **直接支援**  **業務内容** | □ホームヘルプ業務（知的・精神・身体）□障害者施設（入所系）  □障害者施設（通所系）　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| **現在行動障がいを有する方の支援をしていますか？**  **（いずれかに〇、有は対応日数を記入）** | | 有（週　　　　日） ・　 　　無 | | | |
| **行動障がいを有する方への支援経験年数** | | 年　　　　カ月（R5.8.1現在） | | | |
| **配　慮　事　項** | | □　手話  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |