

# 別紙：【基礎研修】申込書

MAIL： honbu\_kikaku3@tottori-kousei.jp

F A X： 0857-59-6055

記項目に必要事項を記載のうえ、**8月12日（金）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	<input type="checkbox"/> 第1回研修（令和4年9月1日（木） - 2日（金）） <input type="checkbox"/> 第2回研修（令和4年9月8日（木） - 9日（金））		
配慮事項	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>行動障がい有者の方への支援経験等について</b>			
行動障がい有者の方の支援人数 ※いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 経験なし	<input type="checkbox"/> 1人～4人	<input type="checkbox"/> 5人～10人 <input type="checkbox"/> 11人以上
行動障がい有者の方への支援経験年数	年 月 (R4.8.1現在)		