

# 別紙：【実践研修】申込書

MAIL : honbu\_kikaku3@tottori-kousei.jp  
F A X : 0857-59-6055

記項目に必要な事項を記載のうえ、**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】** 下記に必要な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） :		
研修履歴	<input type="checkbox"/> 基礎研修を今回（R4年度）受講予定 <input type="checkbox"/> 基礎研修を受講済 ① 修了年度：（ 年度） ② 受講した都道府県：（ ）		
直接支援 業務内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務（知的・精神・身体） <input type="checkbox"/> 障害者施設（入所系） <input type="checkbox"/> 障害者施設（通所系） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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）		