下記項目に必要事項を記載のうえ、**別紙「行動関連項目」と合わせて9月１2日（金）必着**

**別紙１：専門研修　申込書**

MAIL： honbu\_kikaku3@tottori-kousei.jp

F A X： 0857-59-6055

までにMAILまたはFAXでお送りください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  氏名 |  | 職名 |  |
|  |
| 事業所名 | 〒 | | |
|  |  | | |
| 連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |

**【ご担当者】**　　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。

**【受講の種類】**　　該当する □ に ✔ をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する受講形態 | □　一般受講枠（困難事例をもとに、事例検討） |
| □　オブザーバー枠（聴講のみ　※事例検討や課題提出等はありません） |

**【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 | ▢ 男 　 ▢ 女 |
|  | |
| メールアドレス | ※　研修に必要な情報をお送りしますので、正確にご記入ください。  　　　 アドレス１（勤務先）：  　　　 アドレス2（個人）： | | |  |
| 現在、行動障がいのある方の支援をしていますか？  （いずれかに○を記入。有の場合は対応日数を記入） | | 有　　　　　　　・　　　　　　　　無  （週　　　　　　日間支援） | | |
| 行動障がいを有する人の支援経験年数 | 年　　　　　　　　ヶ月　（R7.9.1現在） | | 職名 |  |
| 各研修修了履歴 | 基礎研修：　　　平成 ・ 令和 　 年度修了　（受講都道府県：　　　　　　　　）  　実践研修：　　　平成 ・ 令和 　 年度修了　（受講都道府県：　　　　　　　　） | | | |
| 配慮事項 | □　手 話  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**【事例提供に係る同意について】**　　 該当する場合は □ に ✔ をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修参加による事例提供にあたり本人またはご家族の同意を得られている | □　同意を得ている |
|  |