下記項目に必要事項を記載のうえ、**８月２５日（金）必着** までにMAILまたはFAXでお送りください。

**別紙：専門研修　申込書**

MAIL： honbu\_kikaku3@tottori-kousei.jp

F A X： 0857-59-6055

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (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）： | | | Zoom使用端末  □  □ |
| 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　（R5.9.1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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

※ 本研修では、受講者が持ち寄った支援困難事例（貴事業所利用者）への、具体的な支援を行います。その際　動画（映像）を通したチーム内での情報共有等を予定しています。予め動画撮影の実施可否等について、事業所内でご相談・

ご検討ください。