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。