FAX送信先　053-436-5746　根洗作業所　坂中行

令和８年度ひかりの園強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）申込書

受講希望者 氏名	フリガナ	生年月日（西暦）	職種 (該当に☑)	□生活支援員 □保育士・児童支援員等 □介護士等 □相談支援専門員等 □その他（　　）
		年　月　日		
住所	〒		連絡先	携帯電話
勤務先名称			勤務先 電話番号	
連絡用メールアドレス				
実務経験等	知的障害、精神障害のある者（児）への支援業務の経験年数（通算）		年　　ヵ月	
	上記のうち、強度行動障害を有する者（児）に対する支援業務に携わった経験年数		年　　ヵ月	
強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講予定の有無			今年度中	有　　無
			次年度以降	有　　無
研修受講にあたって 配慮すべき事項				