

令和8年度ひかりの園強度行動障害支援者養成研修（実践研修）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☑)	<input type="checkbox"/> 生活支援員 <input type="checkbox"/> 保育士・児童支援員等 <input type="checkbox"/> 介護士等 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員等 <input type="checkbox"/> 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（基礎研修）受講修了の有無 修了されている方は修了証のコピーを添付してください。			<input type="checkbox"/> 修了	修了年月日 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 未受講	
研修受講にあたって 配慮すべき事項				