

FAX送信先 092-834-3706

令和8年度

強度行動障がい支援者養成研修申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			
申込法人名	※個人で申込される場合は記入不要です		
フリガナ			福祉事業所経験年数
受講者氏名 (必須)			年 月
受講者 生年月日 (必須)	昭和 平成 年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
受講者住所 (必須)	〒 都道 府県		
TEL (必須)			
Eメール (必須)			
サービス種別	※勤務先のサービスを○囲みしてください。 放課後等デイサービス・行動援護事業所・入所施設 ・その他 ()		
フリガナ			現在勤務されていない場合は記入不要
勤務先 法人名			
フリガナ			
勤務先 事業所名			
フリガナ			
勤務先 事業所住所	〒 都道 府県		

- ※1 受講者の氏名・生年月日・現住所は、福岡県に登録する際に必要ですので、正しく記載して下さい。
- ※2 お申し込みが複数人おられる場合は、複写してご使用下さい。
- ※3 受講料の振り込みは、事業所名でお願いすることになっていますので、事業所名は正しくご記入下さい。
- ※4 実践研修のみの申込をされる場合は、基礎研修の終了証書の写しを添付して下さい。

一般社団法人 タクトナリ