送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

FAX：059-222-0305　※送り状は不要です。

令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

※お申込みいただく前に必ず「開催要綱」をご確認ください。

**令和6年度自主企画研修【社会福祉施設職員対象研修A-8】**

**「強度行動障害について～事例に基づいた具体的な支援方法を学ぶ～」　受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名 |  | 施　設　名 |  |
| 研修担当者氏名 |  | 会員・非会員 | □ 会員　　・　　□ 非会員 |
| 申込法人・施設住所 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| **視聴情報****送付先Email** | ※はっきりとわかるようにご記載ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 職　名 | 所　属　施　設 | 福祉職場経験年数（通算） | Zooｍアカウント（☑を入れてください） |
| 受講者氏名 |
|  |  |  |  | □ １つのアカウントを１名で使用する□ １つのアカウントを複数名で使用する |
|  |
|  |  |  |  | □ １つのアカウントを１名で使用する□ １つのアカウントを複数名で使用する |
|  |
|  |  |  |  | □ １つのアカウントを１名で使用する□ １つのアカウントを複数名で使用する |
|  |
| 同時に受講する受講者の氏名 | ※「１つのアカウントを複数名で使用する」に☑を入れた場合のみ記入 |
| ＜備考＞※本研修を通して知りたいこと、今抱えている悩みや、西田先生に聞いてみたい事例がある方はご記入ください。 |

|  |
| --- |
| 申込締切：10月21日（月）　※本会必着 |

※ご記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

※本会ホームページからもお申込みいただけます。

※ご記入いただいたメールアドレスへ、配信URLと同時に講義資料も送付いたします。受取データ容量制

 　限等のある方はご注意ください。

　　【お問い合わせ先】　　〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131　三重県社会福祉会館2階

　　　　　　　　　　　　　　 　社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課

　　　　　　　　　　　　　 TEL：059-213-0533 / **FAX：059-222-0305**