令和　　年　　月　　日

独立行政法人　国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

　理事長　　　様

（申込者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、支援者養成現任研修の申込みをいたします。

**支援者養成現任研修　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修コース | □高齢知的障害者支援コース□行動障害者支援コース□矯正施設を退所した知的障害者支援コース□発達障害児支援コース |
| 現任研修希望日 | 第1希望日：令和　　年　　月　　日（　　）～　令和　　年　　月　　日（　　）　　　日間 |
| 第2希望日：令和　　年　　月　　日（　　）～　令和　　年　　月　　日（　　）　　　日間 |
| 現任研修者 | 氏名 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男　・　女）　　　　　　歳　　　　　　　　　　　職　名 　　　　　　  |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*緊急時にも使用しますので、連絡がつきやすい電話番号をご記入下さい |
| 研修の目的 | 具体的に記入してください。 |
| 特記事項 | 質問内容等を記入してください。 |
| 担当者 | 氏名 |  | 連絡先 | 電話 |  |
| 所属 |  | FAX |  |
| e-mail |  |

本誌をメールまたはＦＡＸにて送信ください。

■FAX：027-320-1620　※送信後、人材養成課（027-320-1322）までお電話下さい。

■メール：nozomi-yousei-01@nozomi.go.jp　※送信後の自動返信はございません。

回答までに、一週間程度お時間をいただきますが、ご了承ください。

※研修受け入れにあたり、各部署との調整が必要なため、研修希望日はお申込日より２～３か月後の日程でお願いたします。