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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先　電話：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール： \*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 |
| 職　名 |  | 法人内宿泊施設の利用 | 　　する　　・　　しない |
| 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 |  |

※本紙を**FAX（027-320-1368）送信後**は、養成・研修課**（027-320-1322）**までお電話下さい。