令和4年度 障害福祉サービス従業者

障がい分野別基礎研修 受講申込書

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 申し込み担当者名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号：　　　（　　　）　　　　 FAX：　　　（　　　） | | |

同じ日に複数の障がい分野を受講することはできませんが、後日、Youtubeの非公開配信で視聴することができます。（視聴を希望する方は、同時にお申し込みください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 経験年数 | 受講を希望する分野 | | |
|  |  | 年　　ケ月 | 身体 | 知的 | 精神 |
| 後日、視聴を希望する分野 | | |
| 身体 | 知的 | 精神 |
| メールアドレス  ※必ずご記入ください。 | ※記号やアルファベット等、読みやすい文字でご記入ください | | | | |
| 氏名 | 職種 | 経験年数 | 受講を希望する分野 | | |
|  |  | 年　　ケ月 | 身体 | 知的 | 精神 |
| 後日、視聴を希望する分野 | | |
| 身体 | 知的 | 精神 |
| メールアドレス  ※必ずご記入ください。 | ※記号やアルファベット等、読みやすい文字でご記入ください | | | | |
| 氏名 | 職種 | 経験年数 | 受講を希望する分野 | | |
|  |  | 年　　ケ月 | 身体 | 知的 | 精神 |
| 後日、視聴を希望する分野 | | |
| 身体 | 知的 | 精神 |
| メールアドレス  ※必ずご記入ください。 | ※記号やアルファベット等、読みやすい文字でご記入ください | | | | |

* **申込締め切り：令和４年7月29日（金）１７：００ 郵送必着**

（消印有効ではありませんので、ご注意ください）