**2021年度 相談支援従事者 サビ管等 専門コース別研修**

郵送用

**（スーパービジョン技術）受講申込書**

令和　 　年 　　月 　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名（職 名） |  |
| 法　人所在地 | （〒　　 －　　　　） |
|  |
| 電話番号 |  |

※現在、開設準備等で法人等の所属がない場合は、個人で申し込むことが可能です。

　 法人情報の記入欄に個人情報を記入してください。

下記の者について、相談支援従事者専門コース別研修（スーパービジョン技術）を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性 別 | 生年月日（西暦） |
| 氏　　名 |  | 男・女 | １９ 　　 年　　 月　　 日生 |
| 現在の職種 | １．相談支援専門員　　２．サービス管理責任者３．児童発達支援管理責任者４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現所属事業所 | （〒　　　　 　－　　　　　　　）（所在地 ※市町村名のみ）：　（事業所名）：　　　 |
| 受講料振込(予定)日 | 　　　　　 　月　　　　日 振込(予定) |

|  |
| --- |
| 【事務局からの郵便物を受け取るにあたり希望する宛先等】 |
| １(　 )法人所在地　　２( 　)事業所所在地（※記入）　　３( 　)法人・事業所以外（※記入） |
| * ２・３ の場合のみ記入

（〒　　　 －　　　　　）住所：　　　宛名： |
| 【事務局からの問い合わせを受けるにあたり希望する各項目】 |
| ・担当者：　　　　　　　　　　　　　・メール： |
| ・ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　・ＦＡＸ： |
| 確認事項 | ● 配慮すべき事項（ある場合のみ記入）・車いす ・ 介助者の同席 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　）● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコン出力で注意が必要な漢字１　ない 　 ２　ある（具体的に　　　　　　 　 　　 ） |