2020年度 相談支援従事者専門コース別研修

郵送用

（スーパービジョン・管理・面接技術）受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名（職名) |  |
| 法人所在地 | 〒　　　　 － |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （　　　 　）　　　 － |

　　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・管理・面接技術）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 |
| メールアドレス |  |
| 申込区分 | １．全６日間コース　　　　　２． １日コース |
| 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 | （住所）　〒　　　　　－　　　　　　　（事業所名）(代表者 職名)（電話番号）　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号） |
| 受講料振込(予定)日 | 　　　　　 　月　　　　日 振込(予定) |
| 配慮すべき事項※ ある場合記入 | ● 車いす ・ その他（　　　　　　　　　　　　）● 研修に介助者が同席されますか（　同席する　・　同席しない　） |
| その他 | ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコンの出力で注意が必要な場合１ ある（具体的に　　　　　　）　　２ ない |