

平成30年度 行動援護従業者養成研修 受講申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人なごみ福祉会

理事長 飯島 克巳 様

フリガナ		性別	男 ・ 女
受講希望者氏名		生年月日 昭和・平成	年 月 日生 歳
受講生本人の 現住所 (緊急連絡が可能な 電話・メール)	〒 Tel: - - Mail : @		
所属施設・事業所名			
就業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 月間)		
現在の職名	サービス管理責任者 ・ サービス提供職員 その他()		
受講資格 要件の有無	障害児者(知的・精神)への直接支援業務担当期間1年以上(有 ・ 無)		

推 薦 書

上記の受講希望者は、本事業所の従業者であり、行動援護従業者養成研修を受講に相応しい者として推薦いたします。

受講優先順位は()番

事業所の名称	
事業所 所在地	〒
代表者氏名	印
事業所の主な事業	
事業所としての 支援対象障害	
電話番号	
FAX番号	