特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク

強度行動障害支援者養成研修（モデル研修）

受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | ふりがな氏　名： |
| 所属・役職 | 法人名：部署名：役　職： |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| e-mail |  |
| R1のぞみの園主催指導者研修受講有無 | □受講した　　□受講していない |
| 障害福祉に従事した年数 | 　　　　　年（内、知的障害・自閉症支援の従事年数　　　　　年） |
| 都道府県での強度行動障害支援者養成研修の企画・講師としての関わりの有無 | □研修を企画・開催する予定（　R　　年　　月ごろ　）□研修を企画・開催したいが今のところ未定□研修を企画・開催する予定はない□研修の講師として関わる予定□研修の講師として関わる予定はない |

受講を希望される方は必要事項を記入のうえ、郵送またはFAXまたはe-mailでお送りください。e-mailで申し込まれる方は、「強度行動障害支援者養成研修モデル研修受講申込み」と記載のうえ、上記の必要事項を必ずご記入ください。

＜お問い合わせ・申込み先＞

特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク事務局（担当：福島、古城）

〒061-0231石狩郡当別町六軒町70番地18

**TEL:0133-22-2896****FAX: 0133-23-0811**

**e-mail:** **shien.net.japan@gmail.com**