令和４年度　熊本県地域リーダー養成研修
【ファシリテーション編】
受講申込書

本受講申込書は申込フォームからのお申込みが難しい場合のみご使用ください。

令和　　年　　月　　日

ふりがな 受講者氏名		生年月日 Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日	
優先順位	番目／　　人中	研修担当者氏名	
事業者名 （法人名）			
事業所名			
事　業　所 所　在　地	（〒　　－　　） 住所 TEL　　FAX		
事業所種別 ※該当するものに〇	相談支援、居宅介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、機能訓練、就労移行、就労継続Ａ型、就労継続Ｂ型、就労定着支援、グループホーム、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設、その他（　　）		
現在の職種 ※１～６のいずれかに〇	１　管理者 ２　相談支援専門員 ３　サービス管理責任者 ４　児童発達支援管理責任者 ５　サービス提供責任者 ６　その他（職種等：　　）		
障害福祉サービスにおける従事年数	年　　ヶ月　※2022 年 6 月末時点をご記入ください。		
研修受講にあたって配慮すべき事項等（例：車椅子等）			

送付先：一般財団法人　保健福祉振興財団　熊本支部
〒８６２－０９２６
熊本市中央区保田窪１－１０－３８
FAX　０９６－２１３－１６０１