

令和7年度（2025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し込みが難しい場合のみご使用ください。

令和 年 月 日

フリガナ 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	
法人名称			
事業所名称			
事業所 所在地	(〒 一) 住所 TEL FAX		
事業所種別 ※該当するものに○	居宅介護、同行援護、行動援護、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、相談支援、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、療養介護、 その他 ()		
現在の職種 ※ 1 ~ 5 のいずれかに○	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 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 ※2025年6月30日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

熊本中央区保田窪 1-10-38

FAX 096-213-1601