

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	（〒 ー ） 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
 熊本市中央区保田窪1-10-38
 FAX 096-213-1601