|  |
| --- |
| 名古屋市強度行動障害支援者養成研修　　申込用紙（令和元年度・第4回） |
| （ふりがな）　氏　名 |  | 生年月日 | S・H　　　　　　年　　 　月　　　日 |
|  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男　 ・　 女 |
| 受講者住所 | 〒 |
| 受講者TEL | (　　　　　)　　　　　－ | 受講者携帯電話 | (　　　　　)　　　　　－ |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 事業種別 | 施設入所　・　共同生活援助　・　生活介護　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所住所 | 〒 |
| 事業所TEL | (　　　　　)　　　　　－ | 事業所FAX | (　　　　　)　　　　　－ |
| 事業所E-MAIL |  |

**※各事業所1名でのお申込みをお願いします。**

|  |
| --- |
| **【お申し込み・お問い合わせ】** |
| 〒457-0852名古屋市南区泉楽通四丁目5番地3**名古屋市強度行動障害者支援事業 事務局** | TEL：052-613-7660FAX：052-613-7688MAIL:kyoko-shien@wing.ocn.ne.jp |

**※募集期間：令和2年1月6日（月）～令和2年1月20日（月）必　着**

**※お申し込み方法：郵送・FAX・メールまたは持参で下記の事務局までお願いします**