|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名古屋市強度行動障害支援者養成研修　　申込用紙（平成30年度・第2回） | | | | | | |
| （ふりがな）　氏　名 |  | 生年月日 | | | 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。**

**※募集期間：平成30年7月17日（火）～８月3日（金）必　着**

|  |  |
| --- | --- |
| **【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：052-613-7660 FAX：052-613-7688  MAIL:kyoko-shien@wing.ocn.ne.jp |

**※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。**