様式２－１号

**豊田市強度行動障がい専門支援員派遣事業（訪問型研修）申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 受付番号 | NO. | | | 申請日 | | | 令和　　　年　　月　　日 |
| 事業所名  （学校・病院名） |  | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 代表者氏名  （役職） |  | | サービス種別 |  | |
| 連絡先 | 担当者氏名：  電話：　　　　　　　　　　／FAX:  メールアドレス： | | | | |
| 研修希望日 | ※研修時間は1回90分までとする | | | | |
| 第１希望日 | 令和　　年　　月　　日　　　　　　：　　　　～　　　： | | | | |
| 第２希望日 | 令和　　年　　月　　日　　　　　　：　　　　～　　　： | | | | |
| 第３希望日 | 令和　　年　　月　　日　　　　　　：　　　　～　　　： | | | | |
| 研修会場 | 会場詳細：  例）〇階 多目的ホール | | | | |
| ※上記住所と異なる場合のみ記入  〒  施設名： | | | | |
| 研修内容  （希望事項） | 例）強度行動障がいの基本的な部分から研修を行ってほしい  例）強度行動障がい児・者支援の技術的な支援方法を知りたい　など | | | | |