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 |