

2025年4月以降開講用

申込み FAX 番号:027-386-2113

こちらの  
QRコードからも  
申込みができます。

## 【強度行動障害支援者養成研修】 受講申込書

私は、下記の通り受講申込みをします。

申込み年月日 年 月 日

受講希望校舎・日程	研修選択(必須)	<input type="checkbox"/> 基礎・実践研修 同時申込み		<input type="checkbox"/> 基礎研修	<input type="checkbox"/> 実践研修	
	受講校(必須)	<input type="checkbox"/> 大宮校		<input type="checkbox"/> 熊谷校	<input type="checkbox"/> 高崎校(本校)	
	受講日程(必須)	基礎研修			実践研修	
		第____回	第____回			実践研修のみの方は、基礎研修修了証の写しをご提出ください。
	1日目_____年____月____日(____)	1日目_____年____月____日(____)				
	2日目_____年____月____日(____)	2日目_____年____月____日(____)				

受講者の情報	フリガナ(必須)		生年月日(必須)	昭和・平成	年	月	日生	
	氏名(必須)		性別	男性・女性	年齢	歳		
	住所(必須)	〒 - アパート・マンション等の場合は、名称・部屋番号まで必ずご記入ください。						
	連絡の取れる電話番号(必須)	- - 左記の番号について✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 固定電話						
	取得済み資格	資格名					取得年月	
							年	月
障害の有無	あり・なし		(ありの場合)障害の種類					

受講決定のご案内等 送付先メールアドレス 原則、メールにて受講決定の ご案内等をお送りしています。 (必須)	@	
	受講決定のご案内等を原則メールで差し上げるため、メールアドレスを必ず記入してください。	
	メールアドレスがない場合は、右記□に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> メールアドレスがない (メールアドレスがない方のみ)受講決定のご案内等の送付先 <input type="checkbox"/> 受講者の住所 <input type="checkbox"/> 勤務先の住所	

勤務先を通じて申込みの場合は、下記「勤務先の情報」は必ず記入をお願いします。

勤務先の情報	法人名		事業所名		
	住所	〒 -		電話番号	- -
	申込み担当者名(フリガナ)		( )		

受講料関係	テキスト購入有無 いずれか選択してください。 (必須)	使用テキスト：『強度行動障害のある人の「暮らし」を支える』(中央法規出版)(2020年発行)※ テキスト代：3,520円(税込) ※使用テキストの詳細は、下記QRコードからご覧ください。		
	受講料負担者(必須)	一旦、受講者側で負担する場合は「受講者本人」を選択してください。 <input type="checkbox"/> 受講者本人(振込み先の口座を記載したご案内をお送りします) <input type="checkbox"/> 勤務先(請求書を発行します)		
	(勤務先が受講料を負担する場合のみ) 請求書宛名			

## 使用テキストについての注意事項

- 基礎研修と実践研修で同じテキストを使用します。 ●テキストは、1人1冊必要です。
- ご自身でテキストを用意される方は、研修当日にテキストを忘れずにお持ちください。

使用テキスト詳細



事務局使用欄	受付日	/ ( )	受講料	研修代	円	受付者	
受講生番号		テキスト代		3,520円・0円			
個人コード		合計		円			
メール送信日	/ ( )	送信	備考				