

令和3年度 川崎市強度行動障害支援力向上研修
(強度行動障害支援者養成研修【実践研修】)

受講推薦書

法人名：
役職・氏名： <div style="text-align: right;">印</div>
法人住所：〒

令和3年度川崎市強度行動障害支援力向上研修の受講者として、次のものを推薦します。

【受講申込者一覧】 全受講申込者を下の欄に記載ください。(1法人3名)

優先 順位	受講者名	事業所名	基礎研修 修了証書番号 第〇〇-強基〇〇〇号	修了証写 チェック
1				<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>

※修了証書の写しを必ず添付してください。添付されていない場合は、受講できません。

※令和3年度第2回基礎研修を修了予定の方は、修了証書写 欄に③とご記入ください。

修了後速やかに、修了証書の写しを送付してください。受講までに基礎研修を修了できなかった場合は、受講できません。

取りまとめ担当者名：	電話：
決定通知等送付先：〒	

【送付先】

住所：〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1 川崎市複合福祉センターふくふく2階
総合研修センター 「強度行動障害実践研修担当」

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 受講希望者全員のデータ入力(1名1送信) |
| <input type="checkbox"/> 2. 受講希望者の修了証書のコピー郵送必着 |
| <input type="checkbox"/> 3. 受講推薦書に押印の上、郵送必着 |
- ※3点すべて整えて申込完了です