令和７年度山梨県障害福祉従事者ファシリテーション研修

受　講　申　込　書

令和７年　月　　日

法人名　　　　　　　　　　　事業所名

申込者氏名

電話番号　　　　　　　　　　FAX番号

**受講者について**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 所属事業所名 |  |
| 所属事業所住所 |  |
| メールアドレス |  |
| 緊急連絡先 |  |
| 職種 |  |
| 研修の修了年度（受講年度が複数ある場合は、直近の年度をご記入下さい。） |
| 相談支援従事者現任研修・同主任研修 | 　　　　　　　　　　　年度 |
| サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者実践研修 | 　　　　　　　　　　　年度 |
| サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修 | 　　　　　　　　　　　年度 |
| 参加希望について、以下の選択肢から選んでください（〇で囲む）。＊午前：講義・ミニワーク、午後：午前の内容を踏まえたグループワーク |
| 1. 全体　 　②午前のみ
 |

※手話通訳・要約筆記・点字資料等特別な配慮が必要な方は申込時にご記入下さい。

※受講頂けない場合のみご連絡致します。