

受講申込様式（1）

| |
|---|
| FAX 堺市こころの健康センター宛 072-241-0005 |
|---|

平成 30 年度現任者研修 『パーソナリティ障害について』

受講申込書

平成 年 月 日

【申込者】 機関名 _____
所属長名 _____
所在地 _____
電話番号 _____

FAX 番号 _____

（↑受講の可否については、上記 FAX 番号に返信します。）

【受講希望者】 以下、太枠内にご記入をお願いいたします。

| 受講可否 記入欄 | | ふり がな 氏 名 | 職 種 | 経験年数 * 1 | 主たる支援 対象障害 | 障害の有無 * 2 |
|-------------|---|--------------|-----|-------------|---------------|--------------|
| | 1 | | | 年目 | | 有・無 |
| | 2 | | | 年目 | | 有・無 |
| | 3 | | | 年目 | | 有・無 |

- （* 1）経験年数は、現所属機関における勤務年数ではなく、福祉相談業務に従事した年数の合計を記入してください。
- （* 2）障害「有」に該当する場合は、別紙申込様式（2）を併せてご提出ください。
- ご来場の際はできる限り公共交通機関でお越しくださいますようお願い致します。
- 駐車場が満車の際は近隣駐車場をお願いいたします。

別紙申込様式（2）

障害のある受講者の希望書

研修を快適に受講していただくため、下記に該当する希望者がいらっしゃる場合は、必要事項を記入の上、別紙様式（1）とともにご提出ください。

なお、希望者には詳細について直接確認を取らせていただく場合があること、希望に対して十分対応しきれない場合もあることを予めご了承ください。

機関名 _____

| | | | | |
|-----------|-------------|--|--|--|
| ふりがな | | | | |
| 希望者氏名 | | | | |
| ご本人の状況 | 障害の種類 | <ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害 ・肢体不自由 ・内部障害 ・その他 () | <ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害 ・肢体不自由 ・内部障害 ・その他 () | <ul style="list-style-type: none"> ・聴覚障害 ・肢体不自由 ・内部障害 ・その他 () |
| | 使用補装具や盲導犬など | <ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・電動車いす ・盲導犬 ・介助犬 ・その他 () | <ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・電動車いす ・盲導犬 ・介助犬 ・その他 () | <ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・電動車いす ・盲導犬 ・介助犬 ・その他 () |
| 配慮を希望する事項 | 手話通訳者 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| | その他 | | | |